

KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET INOM PREHOSPITAL AKUTSJUKVÅRD OCH JOURVERKSAMHET FRÅN PLANERING TILL GENOMFÖRANDE OCH UTVÄRDERING



Kvalitet och patientsäkerhet inom prehospital akutsjukvård och jourverksamhet
Från planering till genomförande och utvärdering

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2014:16

ISBN 978-952-00-3531-0 (PDF)

ISSN-L 1236-2050

ISSN 1797-9854 (online)

URN:ISBN:978-952-00-3531-0

<http://um.fi/URN:ISBN:978-952-00-3531-0>

www.stm.fi/sv/publikationer

Förlag: Social- och hälsovårdsministeriet

Layoyt: Juvenes Print - Finlands Universitets tryckeri Ab, Tammerfors 2014

SAMMANDRAG

KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET INOM PREHOSPITAL AKUTSJUKVÅRD OCH JOURVERKSAMHET FRÅN PLANERING TILL GENOMFÖRANDE OCH UTVÄRDERING

■ Prehospital akutsjukvård och jourverksamhet är centrala delområden inom hälso- och sjukvården. Prehospital akutsjukvård innebär att ge brådskande vård till en patient som plötsligt insjuknat eller skadats och vid behov transportera patienten till en vårdenhets. Brådskande sjukvård innebär omedelbar bedömning och behandling som en plötslig sjukdom, skada eller försvårandet av kronisk sjukdom kräver. Utmärkande för brådskande vård är att den inte kan skjutas upp utan att symptomen eller skadan förvärras. I reformen av författningar som gäller hälso- och sjukvården är sjuktransport och prehospital akutsjukvård samt jourverksamhet intensivt integrerade i servicekedjan inom hälso- och sjukvården.

Verksamhetsmiljön inom den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten förändras hela tiden. Oförutsedda situationer ställer särskilda krav på verksamheten samtidigt som man tvingas arbeta med flera kontaktytor. I båda funktionerna är man tvungen att fatta snabba beslut ofta med ringa tillgänglig information. Prehospital akutsjukvård är ett fysiskt och psykiskt tungt arbete och det görs på fältet under krävande förhållanden ofta i samarbete med flera andra myndigheter. Utmärkande för jourverksamhet är oförutsebarheten genom det varierande antalet patienter och den brokiga mångfalden av situationer och fall.

Rapporten ger på ett praktiskt sätt verktyg för att säkerställa kvaliteten och patientsäkerheten. Kvalitet och patientsäkerhet ska integreras till en del av den dagliga verksamheten och på det sättet bli kontinuerlig praxis. Rekommendationen betonar ett långsiktigt och systematiskt PDCA (Plan-Do-Check-Act)-verksamhetssätt för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

För att innehållet och andan i rekommendationen ska omsättas i verksamhet i praktiken, måste förfaringssätten vara en del av aktivt ledarskap och styrning av verksamheten. Ansvar för en högklassig verksamhet ska finnas på samtliga nivåer, inom såväl ledningen som hos personalen. För att lyckas krävs det att man i organisationen förmår skapa en positiv, öppen atmosfär för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som inte skuldbelägger någon.

Nyckelord:

jourverksamhet, kvalitet, kvalitetsledning, patientsäkerhet, prehospital akutsjukvård, vårdkedja

TIIVISTELMÄ

LAATU JA POTILASTURVALLISUUS ENSIHOIDOSSA JA PÄIVYSTYKSESSÄ SUUNNITTELUSTA TOTEUTUKSEEN JA ARVIOINTIIN

■ Ensihoito ja päivystys ovat keskeisiä terveydenhuollon osa-alueita. Ensihoitoa tarkoittaa äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellisen hoidon antamista ja tarvittaessa potilaan kuljettamista hoitoyksikköön. Kiireellinen sairaanhoito on äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa. Kiireelliselle hoidolle on luonteenomaista, että sitä ei voida siirtää ilman oireiden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Terveydenhuollon säädöspohjan uudistuksessa sairaankuljetus ja ensihoito sekä päivystys ovat integroitu tiiviisti terveydenhuollon palveluketjuun.

Ensihoidossa ja päivystyksessä on koko ajan muuttuva toimintaympäristö. Ennakoimattomat tilanteet asettavat toiminnalle erityisvaatimuksia samalla kun joudutaan toimimaan useamman rajapinnan kanssa. Molemmissa toiminnoissa joudutaan tekemään nopeita päätöksiä usein vähäisellä käytettävissä olevalla tietomäärällä. Ensihoito on fyysisesti ja psyykkisesti raskasta työtä ja sitä tehdään vaativissa olosuhteissa kentällä usein yhteistyössä usean muun viranomaisen kanssa. Päivystystyölle on ominaista yllätyksellisyys sekä potilasmäärien, tilanteiden että tapausten kirjon kautta.

Raportti antaa käytännönläheisesti työkaluja laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseen. Laatu ja potilasturvallisuus tulee integroitua osaksi päivittäistä toimintaa ja siten muodostua jatkuvaksi käytännöksi. Suositus painottaa laatu- ja potilasturvallisuustyön pitkäjännitteistä ja systemaattista PDCA (Plan-Do-Check-Act)-toimintatapaa.

Jotta suosituksen sisältö ja henki muuttuisivat käytännön toiminnaksi, on menettelyjen oltava osa aktiivista johtamista ja toiminnan ohjausta. Vastuu laadukkaasta toiminnasta on oltava kaikilla tasoilla, niin johdossa kuin henkilöstössäkin. Onnistuminen edellyttää, että organisaatioon pystytään luomaan positiivien, avoin ja syyllistämätön ilmapiiri laatu- ja potilasturvallisuustyöhön.

Asiasanat:

ensihoito, hoitoketju, laatu, laadunhallinta, potilasturvallisuus, päivystys

SUMMARY

QUALITY AND PATIENT SAFETY IN EMERGENCY MEDICAL SERVICE AND ON-DUTY CARE FROM PLANNING TO IMPLEMENTATION AND EVALUATION

■ Emergency medical service (EMS) and on-duty care are key sub-areas in health care. Emergency medical service means the provision of urgent care for a patient suddenly fallen ill or injured and, as necessary, transporting the patient to a care unit. Urgent medical care involves the immediate assessment and treatment required by a sudden illness or injury or the deterioration of a chronic illness. It is characteristic of urgent care that it cannot be postponed without the risk of deterioration of the symptoms or worsening of the injury. In the reform of health care statutes ambulance service and emergency medical service and on-duty care are closely integrated into the care chain in health care.

The operational environment in emergency medical service and on-duty care is changing all the time. Unprecedented situations pose special requirements for the operation, at the same time as it is necessary to act together with several interfaces. It is necessary to make swift decisions in both services, often based on a limited amount of information available. Emergency medical service is heavy work both physically and psychologically, and it is carried out in demanding conditions in the field, often in cooperation with several other authorities. On-duty care is characterised by unexpectedness in terms of both the varying numbers of patients and variety of situations and cases.

The report provides practical tools to assure quality and patient safety. Quality and patient safety should be integrated into daily activities and thus become a continuous practice. The recommendation stresses the sustained and systematic manner of operation – PDCA (Plan-Do-Check-Act) – in the work to promote quality and patient safety.

In order that the content and spirit of the recommendation can be anchored in practical actions the procedures must be a part of active leadership and guidance of activities. The responsibility for high-quality actions must be vested in all levels, both the management and staff. A precondition for succeeding in this is to create a positive, open and guilt-free atmosphere in the work to promote quality and patient safety.

Keywords:

care chain, emergency medical service, on-duty care, patient safety, quality, quality management

INNEHÅLL

Sammandrag	3
Tiivistelmä	4
Summary	5
A. BAKGRUND OCH LAGSTIFTNING	7
1 Förord 4	
2 Rekommendationens viktigaste budskap	7
3 Viktiga definitioner inom kvalitet och patientsäkerhet	8
3.1 Kvalitetsbegrepp	10
3.2 Patientsäkerhetsbegrepp	11
4 Legislativ grund	14
5 Särdrag i den prehospitla akutsjukvården och jourverksamheten	21
5.1 Prehospital akutsjukvård	21
5.2 Jour	22
B. PRAXIS	26
6 Planering av kvalitet och patientsäkerhet (PLAN – PLANERA)	26
6.1 Rapportering och behandling av negativa händelser och farliga situationer ..	28
7 Genomförande av kvalitets- och patientsäkerhetsplanerna (DO – GENOMFÖRA)	31
8 Uppföljning och utvärdering av kvaliteten och patientsäkerheten (CHECK – UTVÄRDERA)	33
8.1 Indikatorer för kvalitet och patientsäkerhet inom den prehospitla akutsjukvården	34
8.2 Indikatorer för kvalitet och patientsäkerhet inom jourverksamheten ..	38
8.3 Revision	42
9 Åtgärder som korrigerar kvaliteten och patientsäkerheten (ACT – KORRIGERA)	44
C. LITTERATUR OCH BILAGOR	46
10. Litteratur	46
11. Bilagor	54
11.1 Exempel på processrevision för den prehospitla akutsjukvården	54
11.2 Exempel på mätning av patienttillfredsställelsen inom den prehospitla akutsjukvården	55
11.3 Exempel på rapporteringsmodellen ISBAR	57
11.4 Exempel på självvärderingsmodell inom den prehospitla akutsjukvården och jourverksamheten	58

A. BAKGRUND OCH LAGSTIFTNING

I FÖRORD

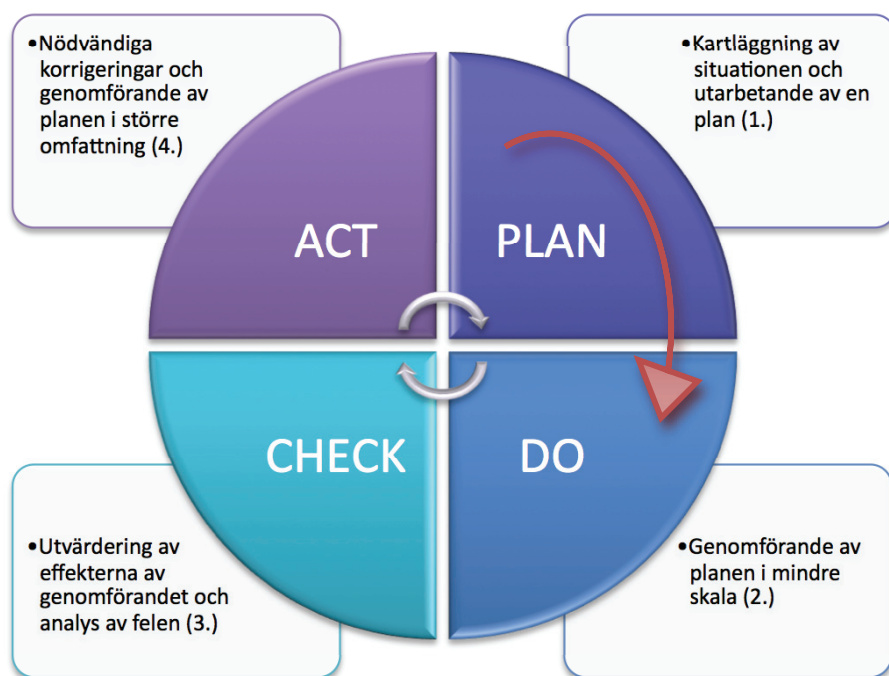
Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) tillsatte för perioden 1.9.2011–31.12.2012 Styrgruppen för *den prehospitala akutsjukvården, jourverksamheten och nödcentralssamarbetet*, vars mål var att på nationell nivå samordna den prehospitala akutsjukvårdens, jourverksamhetens och nödcentralens arbete så att det bildar en fungerande helhet som tillgodoser befolkningens servicebehov. Genom sitt beslut av den 17 december 2012 förlängde SHM styrgruppens verksamhetsperiod fram till den 31 december 2014 och ändrade samtidigt styrgruppens uppgifter till att stöda servicestrukturreformen inom social- och hälsovården.

Sektionen för kvalitet och patientsäkerhet inom prehospital akutsjukvård och jourverksamhet har verkat under styrgruppen. Sektionens mål har varit att utarbeta en rekommendation som personer med ansvar för den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten samt serviceproducenterna kan använda för att planera, genomföra och utvärdera en högklassig och trygg service inom den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten. Samarbetet med nödcentralerna är inte inkluderat i den här rekommendationen. Medlemmar i sektionen var Markku Kuisma (HNS), ordförande, Marjo-Riitta Himanen (VSVD), Hannu Päivä (BSVD), Kirsti Riihelä (RFV i Södra Finland), Markku Saarinen (Egentliga Tavastlands räddningsverk och SHM), Olli Väisänen (THL) t.o.m. 31.8.2012, Petri Volmanen (THL) fr.o.m. 11.2.2013, Susanna Wilen (NKSVD) och Tiina Etelälahti (HNS), sekreterare.

SHM önskar att rekommendationen implementeras i stor omfattning i det praktiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten.

2 REKOMMENDATIONENS VIKTIGASTE BUDSKAP

Den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten är centrala delområden inom hälso- och sjukvården, inom vilka man på grund av verksamhetens särdrag och de pågående omfattande omstruktureringarna av verksamheten bör fästa särskild uppmärksamhet vid att trygga kvaliteten och patientsäkerheten. Syftet med rekommendationen är att erbjuda praktiska verktyg för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. För att förverkliga rekommendationen krävs att man integrerar kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i organisationens dagliga verksamhet och omvandlar det till praxis. I regel är arbetet inte svårt, men det kräver avsevärd ihärdighet. Rekommendationen betonar systematiken i arbetet enligt PDCA-metoden (Plan-Do-Check-Act) (punkterna 6–9 i rekommendationen).



PDCA-cykeln, eller Demings kvalitetscykel, utgår från en kontinuerlig utveckling och förbättring av verksamheten. PDCA bygger på en cykel av utveckling. P står för planering av verksamheten (Plan), D står för genomförande av planen (Do), C innebär kontroll/utvärdering (Check) och A står

för att korrigera och ta i användning (Act). Faserna kan genomföras som en stegvis framskridande process eller samtidigt överlappande så att man återgår till föregående fas. Inom kvalitetsledningen inleds kvalitetsplaneringen (P) i allmänhet med en utvärdering av nuläget exempelvis med hjälp av självvärderingsmetoden. I det här skedet sätter man mål för kvalitetsarbetet och fastställer hur man vill att kvaliteten ska utvecklas. Genomförandet (D) innebär att man konkret genomför önskade ändringar. Ändringsbehovet grundar sig på de utvecklingsområden som fastställts i organisationens självvärdering. Fasen kontroll/utvärdering (C) innebär att man bedömer förändringen, om man kommer att uppnå önskat resultat. I den här fasen tar man ofta hjälp av olika indikatorer. I cykelns sista fas (A) korregerar man verksamheten exempelvis utifrån vad en indikator visar och tar ett nytt tillvägagångssätt i användning. Utveckling och kvalitetsförbättring är en cykel som upprepas, vilket innebär att en ny planeringsfas följer i PDCA-cykeln och att en ny cykel inleds. Upprepad självvärdering och revision av verksamheten lägger grunden till planering, genomförande och utvärdering av förändringar. De här typerna av kvalitetsledning och numeriska indikatorer kompletteras av den uppföljning och observation av det dagliga arbetet som erfarna yrkesutbildade personer gör.

För att rekommendationens innehåll och anda ska omvandlas till praktisk verksamhet krävs aktiv ledning och verksamhetsstyrning – kvalitet och patientsäkerhet uppkommer inte av sig själv. Alla måste dela på ansvaret, såväl ledningen och personalen som den som ansvarar för ordnandet av en tjänst och den som producerar tjänsten. För att lyckas krävs det att man i organisationen förmår skapa en positiv, öppen atmosfär för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som inte skuldbelägger någon.

När rekommendationen tillämpas i praktiken ska man beakta både operativa (exempelvis jourverksamhetens patientprofil) och regionala särdrag. Det är också viktigt att beakta att indikatorerna för kvalitet och patientsäkerhet (kap. 8) befinner sig i början av sin utvecklingscykel och att de eventuellt kommer att förändras avsevärt under de kommande 5–10 åren. Därför finns det inte gränsvärden för god kvalitet för alla indikatorer i den här rekommendationen.

3 VIKTIGA DEFINITIONER INOM KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET

3.1 KVALITETSBEGREPP

Kvaliteten kan allmänt granskas med anknytning till en organisations eller verksamhets strukturer, processer och resultat. De indikatorer som används för att bedöma kvaliteten kan klassificeras enligt samma struktur. En bedömning av kvaliteten utifrån strukturen, processen och resultatet är också lämplig för den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten. Strukturindikatorerna ger en indirekt mätning av kvaliteten och de är svåra att koppla till kvaliteten på vården av en patient, medan processindikatorerna är mer känsliga för vårdens kvalitet än struktur- och resultatindikatorerna. Processindikatorerna gör det möjligt att bedöma vårdkvaliteten direkt. Resultatindikatorerna mäter förändringen i en patients hälsotillstånd som respons på kliniska vårdåtgärder. Evidensbaserade indikatorer (evidence based) hänför sig till alla de indikatorer som beskrivs ovan.

Kvaliteten i den finländska hälso- och sjukvården har styrts med riksomfattande rekommendationer om kvalitetsledning för social- och hälsovården. I kvalitetsrekommendationerna är kvalitetsledningen dagligt arbete som betonar personalens och ledningens ansvar. Tyngdpunkten i kvalitetsarbetet är klientorientering och särskilt klientens deltagande samt processledning. Kvalitetsarbetet bör vara systematiskt och det kräver att man följer upp, mäter och utvärderar verksamheten samt använder informationen man får till att styra och vid behov ändra verksamheten. Hälso- och sjukvården är en service och därför betraktas dess kvalitet som servicekvalitet.

I Kommunförbundets kvalitetshandbok (2011) indelas kvalitet i 1. servicekvalitet, som innebär patientorientering och servicens rättidighet, 2. klinisk kvalitet, som innebär kompetens och patientsäkerhet, 3. processkvalitet, som hänför sig till processernas smidighet samt 4. effekter. Processformen kräver också inom hälso- och sjukvården att man beskriver och leder processerna.

Kvaliteten får olika egenskaper beroende på om den betraktas av en patient, en närstående, en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, någon annan som medverkar i vården eller ledningen. Därför bör kvaliteten betraktas som ett flerdimensionellt begrepp och också mätas på ett flerdimensionellt sätt. Indikatorerna ska dessutom beakta organisationens och verksamhetens ekonomiska verkningar, och de ändringar som gjorts på basis av mätresultaten ska vara i balans med organisationen i sin helhet.

Tabell 1. Definitioner av begrepp med anknytning till kvalitet i ordlistor för social- och hälsovården.

Kvalitet	En nyttighets (service eller produkt) egenskaper som helhet, på vilken baserar sig nyttighetens förmåga att uppfylla de förväntningar som ställs på den. Nyttigheter tillgodoser klientens behov direkt eller indirekt.
Kvalitetskriterier	En egenskap som har valts till grund för att fastställa kvaliteten.
Kvalitetsindikator	Ett kvalitetskriterium för en nyttighet, vars värdes förändring och utveckling man följer och som ger en fingervisning om variationer i nyttighetens kvalitet.
Kvalitetskrav	Kan vara det minsta eller största tillåtna värdet eller tillåtna variationsintervallet, som satts antingen subjektivt eller objektivt. Ett kvalitetskrav kan grunda sig på ett allmänt avtal eller vara exempelvis en organisations interna mål.
Kvalitetssystem	Ett system som består av de organisationsstrukturer, resurser, metoder och anvisningar som behövs för kvalitetsledningen. Kvalitetssystemet är inte ett separat system som är åtskilt från ledningen.
Kvalitetsledning	En del av den allmänna ledningsverksamheten, där man fastställer kvalitetspolicy och dess kvalitetsmål samt ansvarsfördelningen med anknytning till kvaliteten och genomför dessa med fastställda metoder.
Korrigerande åtgärd	Syftet är att avlägsna en konstaterad avvikelse, ett fel eller någon annan orsak till en ogynnsam situation, för att denna inte ska upprepas.
Överensstämmelse med kraven	En nyttighets överensstämmelse med de fastställda kraven.
Process (serviceprocess)	En serie åtgärder som består av service riktad till en klients särskilda problematik. I serien ingår åtminstone igångsättande, genomförande och avslutande av servicen.
Revision	En funktion som systematiskt utreder om en organisations kvalitetsfunktioner och deras resultat överensstämmer med planerna, om planerna genomförs effektivt och om de är ändamålsenliga med tanke på målen.
Certifiering	En funktion där ett obundet organ eller en person intygar att en nyttighet, en organisation eller ett system överensstämmer med de fastställda kraven.

3.2 PATIENTSÄKERHETSBEGREPP

Patientsäkerhet innebär de principer och funktioner vid enheter och organisationer inom hälso- och sjukvården som garanterar vårdens säkerhet och skyddar patienterna mot skador i samband med vården.

Ur patientens synvinkel innebär patientsäkerhet att patienten får den vård som han eller hon behöver och rätt vård som vållar så litet skada som möjligt. Patientsäkerhet omfattar vårdssäkerhet, säker läkemedelsbehandling, utrustningssäkerhet, förebyggande av ytterligare infektioner och utgör en viktig del av vårdkvaliteten.

Tabell 2. Patientsäkerhetsbegrepp.

Patientsäkerhetskultur	Ett systematiskt tillvägagångssätt som främjar en vårdssäkerhet för patienterna samt ledning, värden och attityder som stöder detta. Inkluderar riskbedömning, förebyggande och korrigerande åtgärder samt kontinuerlig utveckling av verksamheten.
Patientsäkerhetssystem	<p>Ett system av tillvägagångssätt som har beskrivits på organisationsnivå och för vilket anvisningar har getts och som mål satts främjande av patientsäkerheten, utveckling, utbildning och information med anknytning till patientsäkerheten samt uppföljning, analys och rapportering av fastställda patientsäkerhetshändelser. För systemet ska också finnas utnämnda ansvariga personer, och en person som hör till organisationens ledning ska ansvara för helheten. En väsentlig del av det regionala patientsäkerhetssystemet är att snabbt ingripa i missförhållanden i patientsäkerheten med hjälp av egenkontroll.</p> <p>Ett regionalt patientsäkerhetsorgan ansvarar för det regionala patientsäkerhetssystemets verksamhet i praktiken.</p>
Skydd	Strukturer och förfaranden som medvetet och systematiskt har planerats för och som ingår i verksamhetsprocessen, såsom inskolning, anvisningar och arbetsplatsutbildning, vars syfte är att identifiera och förebygga skadliga avvikelser och förhindra att de leder till en farlig situation.
Avvikelse	Vilken händelse som helst med anknytning till produkter samt verksamhetsmetoder, -system och -föresättningar, som avviker från det planerade eller avtalade och som kan leda till en farlig situation. En avvikelse kan orsakas av något man har gjort, av något man inte har gjort eller av att skydden inte fungerat. I samma bemärkelse används ofta ordet fel, som är mer begränsat till sitt innehåll och har en negativ ton. En avvikelse kan också vara planerad och ligga i patientens intresse. Därför rekommenderas att man använder ordet avvikelse. En avvikelse kan hänföra sig till förebyggande, diagnos, vård eller rehabilitering. Den kan också ha anknytning till registrering, uppföljning eller rapportering.
Farlig situation eller patientsäkerhetshändelse	En händelse som hotar en patients säkerhet, som orsakar eller kan orsaka patienten skada.
Allvarlig farlig situation/ patientsäkerhetshändelse	Exempel: "En händelse som har orsakat en patient betydande, allvarlig eller avsevärd permanent skada eller har utgjort en allvarlig fara för patientens liv eller säkerhet, eller en patientsäkerhetshändelse eller ett hot som är riktat mot en stor grupp patienter."
Lindrig farlig situation/ patientsäkerhetshändelse	Exempel: "En lindrigare än allvarlig händelse eller incident som kunde ha orsakat skada eller fara för patientsäkerheten, såsom en farlig situation eller en avvikelse, eller som har orsakat en patient skada men inte livsfara, såsom en lindrig negativ händelse, skada eller skadeverkning."

Tillbud	En farlig situation som kunde ha orsakat en patient skada. Skadan undveks antingen av en tillfällighet eller för att avvikelsen eller den farliga situationen upptäcktes och de negativa följderna kunde avvärras i tid. Exempel: "En händelse som utgjorde en fara för patientsäkerheten, men som ändå inte i den här situationen realiserades."
Negativ händelse	En farlig situation som orsakar en patient skada.
Skada (vårdskada)	En för patienten oönskad effekt (tillfällig eller bestående) av vården, som kan vara fysisk, psykisk, social eller ekonomisk. En vårdskada kan orsakas av ett läkemedel eller en metod som använts (skadeverkning), av själva sjukdomen (komplikation) eller av en avvikelse i vårdprocessen.
Skadeverkning	En oönskad effekt av en vårdmetod. Jämfört med normal vård orsakar den patienten en objektiv medicinsk skada, förlängd vård eller ökade vårdkostnader.
Komplikation	En komplikation, följsjukdom, sekundär störning eller ny störning med anknytning till tidigare sjukdom eller vård.

4 LEGISLATIV GRUND

Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter har varje patient rätt till sådan hälso- och sjukvård av god kvalitet som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Vården ska ordnas och patienten bemötas så att hans eller hennes människovärde inte kränks. Patientens individuella behov ska i mån av möjlighet beaktas i vården. En patient har enligt samma lag rätt att få upplysningar om sitt hälsotillstånd, vårdens och behandlingens betydelse, olika vård- och behandlingsalternativ och deras verkningar samt om andra omständigheter som hänför sig till vården och behandlingen och som har betydelse då beslut fattas om hur patienten ska vårdas. I lagen fastställs också patientens självbestämmanderätt, enligt vilken en patients vård ska ges i samförstånd med patienten. Patienten kan vägra ta emot en viss vård eller behandling. I lagen fastställs också hur man går till väga om patienten inte själv kan fatta beslut om sin vård.

Enligt *lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården* ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i sin yrkesutövning tillämpa allmänt godtagna (evidence based, evidensbaserade) och beprövade metoder (vedertagen vårdpraxis) enligt sin utbildning, som han eller hon hela tiden ska försöka komplettera. I samband med yrkesutövningen ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården opartiskt beakta den nytta och de eventuella olägenheter den medför för patienten. Han eller hon är också skyldig att beakta bestämmelserna om patientens rättigheter. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska alltid hjälpa den som är i brådskande behov av vård.

Enligt *hälso- och sjukvårdslagen* ska verksamheten inom hälso- och sjukvården baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Verksamheten inom hälso- och sjukvården ska ha hög kvalitet, vara säker och bedrivs på behörigt sätt. En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ska göra upp en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses. Enligt samma lag ska en hälsovårdscentral på behörigt sätt sörja för ordnandet av multidisciplinär forskning, utbildning och utvecklingsverksamhet i samarbete med sjukvårdsdistriktet.

Enligt lagen ska en kommun eller ett sjukvårdsdistrikt se till att hälso- och sjukvårdspersonalen, inklusive de anställda hos privata serviceproducenter som kommunen eller samkommunen köper tjänster av, i tillräcklig utsträckning deltar i fortbildning inom hälso- och sjukvård.

En patient ska få brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, oberoende av var han eller hon är bosatt. Med brådskande vård avses omedelbar bedöm-

ning och behandling som inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras och som gäller akut sjukdom eller funktionsnedsättning. För brådskande vård ska kommunen eller sjukvårdsdistriktet ordna jour dygnet runt. Jourenheten ska ha tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens för att vårdkvaliteten och patientsäkerheten ska tillgodoses. I samband med beslut om jourenheter ska hänsyn tas till den prehospitala akutsjukvården i området, avstånden mellan jourenheterna och befolkningens servicebehov. Närmare bestämmelser om grunderna för brådskande vård och villkoren för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden har utfärdats genom en förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Ett sjukvårdsdistrikt ska organisera den prehospitala akutsjukvården inom sitt område. Vården ska planeras och genomföras i samarbete med de verksamhetsställen inom hälso- och sjukvården som håller jour så att de tillsammans bildar en regionalt sett funktionell helhet. Ett sjukvårdsdistrikt fattar beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården på det sätt som fastställs i social- och hälsovårdsministeriets förordning. Centralen för prehospital akut-sjukvård vid en samkommun i sjukvårdsdistriktet inom ett specialupptagningsområde ska inom sitt område ansvara för jouren för prehospital akutsjukvård med tjänstgörande läkare, planera och besluta om läkarhelikopterverksamheten inom det egna specialupptagningsområdet och samordna planerade patientförflyttningar mellan områdets vårdinrättningar. Närmare bestämmelser om uppgifterna finns i social- och hälsovårdsministeriets förordning. I lagen definieras också första insatsen som en del av hälso- och sjukvården. I lagen ges dessutom social- och hälsovårdsministeriet fullmakt att vid behov genom förordning utfärda närmare bestämmelser om grunderna för brådskande vård och villkoren för att ordna jour inom olika medicinska verksamhetsområden.

Enligt ***lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården samt hälso- och sjukvårdslagen*** kan en kommun eller samkommun se till sitt ansvar för ordnandet genom att producera servicen själv, genom att vara medlem i en samkommun som sköter verksamheten, genom att anskaffa service från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent genom köpeavtal. När man köper service ska man kontrollera att den privata serviceproducenten har ett giltigt riksfattande tillstånd beviljat av Valvira eller ett regionalt tillstånd beviljat av regionförvaltningsverket. Servicen ska vara av motsvarande kvalitet som en service som producerats av kommunen själv. En kommun eller ett sjukvårdsdistrikt ska se till att hälso- och sjukvårdspersonalen, inklusive de anställda hos privata serviceproducenter som kommunen eller samkommunen köper tjänster av, i tillräcklig utsträckning deltar i fortbildning inom hälso- och sjukvård.

I social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses finns anvisningar för hur enheter inom hälso- och sjukvården ska göra upp, verk-

ställa och följa upp planen. Enligt förordningen ska man i en verksamhetsenhetens plan komma överens om de ansvariga personerna och aktörerna i fråga om verkställandet samt på vilket sätt ledningen svarar för förutsättningarna och resurserna att bedriva verksamhet som har hög kvalitet och är säker för patienterna. I planen ska ingå principer och praxis för personalledningen samt värderingar och förfaranden som stöder en öppen säkerhetskultur. I planen ska beaktas förfaranden genom vilka personalen deltar i det mångprofessionella utvecklandet av kvalitetsledningen och patientsäkerheten samt får respons med tanke på lärandet i arbetet och utvecklandet av sin egen verksamhet. Enheterna bör sörja för inskolningen av personalen samt för utbildningen och handledningen av studerande. Dessutom ska man ge anvisningar för förfaranden efter en negativ händelse, inklusive informera och stöda patienter. I planen ska man också beakta identifieringen och hanteringen av säkerhetsrisker. Förfaranden för rapportering av avvikelser och negativa händelser ska registreras och anvisningar ska ges. Man ska också avtala om samarbetet med andra verksamhetsenheter inom social- och hälsovården i regionen. I förordningen ingår också en förteckning över de innehåll för vilkas del ovan nämnda förfaranden ska behandlas och registreras.

Enligt ***social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospita akutsjukvård*** ska sjukvårdsdistriktet i samband med ordnandet av prehospita akutsjukvård svara för upprätthållandet av beredskapen för prehospita akutsjukvård, leda den operativa verksamheten inom prehospita akutsjukvård och utarbeta anvisningar för hur patienter som behöver transport ska hänvisas till vård och anvisningar för situationer där en patient inte behöver transport. Enligt samma förordning ska sjukvårdsdistriktet svara för den dagliga verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården, för speciellsituationer som avviker från den dagliga verksamheten och beredskapen för dem. Sjukvårdsdistriktet ska utarbeta larmanvisningar och andra anvisningar som gäller prehospita akutsjukvård; anvisningarna samordnas av centralen för prehospita akutsjukvård inom ett specialupptagningsområde och lämnas till Nödcentralsverket. En företrädare för sjukvårdsdistriktet ska också inspektera att de enheter som används i uppdrag är lämpliga för uppdragen. I förordningen finns också bestämmelser om systemet med fältchefer.

Enligt ***förordningen ska centralen för prehospita akutsjukvård*** inom ett specialupptagningsområde samordna verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården i sjukvårdsdistrikten inom sitt område och ge anvisningar som gäller den med beaktande av bland annat de riksomfattande anvisningar som gäller verksamheten. Centralen för prehospita akutsjukvård ska också inom sitt område följa den prehospitala akutsjukvårdens nyckeltal och genomslagskraft samt främja forskningen kring prehospita akutsjukvård.

Enligt förordningen om prehospita akutsjukvård har behörighetskraven för personalen fastställts i detalj. I förordningen ingår övergångsbestämmelser. För jourverksamheten finns inga motsvarande definitioner.

I social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden (den s.k. jourförordningen) finns bestämmelser om ordnandet av jour, personalstrukturen, ledningen av jouren, samarbetet med bland annat social- och apoteksjouren, mottagningen vid jouren och säkerställandet av vård samt om informationen om tjänster. Dessutom finns här bestämmelser om särskilda situationer med anknytning till minderåriga och äldre patienter samt berusade patienter. Förordningen träder i kraft den 1 januari 2015 med undantag av bestämmelserna om obstetrik, förlossningar och pediatrik (14 §), som träder i kraft den 1 januari 2017.

Jouren kan ordnas separat för primärvård och specialiserad sjukvård, som samjour för dessa eller på något annat ändamålsenligt sätt.

Enligt förordningen ska jourenheten ha tillgång till tillräcklig laboratorie-service och bilddiagnostik och ska vid behov kunna få ett utlåtande av en specialist i radiologi. Utlåtandet kan skaffas genom teleradiologisk distanskonsultation. På sjukhus med operationsverksamhet under jourtid ska man ha snabb tillgång till en specialist i radiologi eller en läkare som är förtrogen med radiologi och som har möjlighet att konsultera en specialist i radiologi. Vid enheter för förlossningar och operationer ska det vara möjligt att utföra omedelbara blodtransfusioner och sådana undersökningar som krävs för dessa. Jourenheten ska säkerställa läkemedelsförsörjningen under jourtid. Man måste också beakta situationer där jouren utsätts för hög belastning, störningssituationer vid normalförhållanden och den regionala beredskapsplanen.

Jourenheten ska ha en legitimerad läkare som ansvarar för jourtjänsten som helhet. Den ansvarige läkaren leder jouren i enlighet med planen för ordnande av hälso- och sjukvård och avtalet om ordnande av specialiserad sjukvård, ansvarar för genomförandet av det mångprofessionella samarbetet samt ansvarar för de vårdanvisningar och verksamhetsregler som är nödvändiga för patientsäkerheten. Vid jourenheten ska det under alla tider på dygnet finnas en legitimerad läkare som leder verksamheten vid jourenheten. För sådana beslut som förutsätter handlande under tjänsteansvar ska dessutom en legitimerad läkare som står i tjänsteförhållande till kommunen eller samkommunen finnas tillgänglig vid jourenheten.

Rådgivningen för brådskande vård ska organiseras så att det för den under alla tider på dygnet finns reserverat en tillräcklig mängd yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården med tillräcklig arbetserfarenhet. Den kategorisering av brådskande fall som följs vid jourenheterna, bedömningen av det individuella vårdbehovet och risken för att en sjukdom förvärras eller en skada försämras ska beaktas i samband med vårdhänvisningen. En patient kan också hänvisas till vård per telefon. Patienten ska tas in för vård vid jourenheten om det inte är möjligt att flytta vården till följande dag eller över veckoslutet. Om vården flyttas till tjänstetid ska patienten ges tillräckliga,

vid behov skriftliga anvisningar om hur han eller hon kan iaktta sina symptom, i vilken situation han eller hon har anledning att kontakta en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och var den fortsatta vården ges.

Villkoren för enskilda medicinska områden gäller invärtesmedicin och kardiologi, neurologi, operationsverksamhet, obstetrik, förlossningar, pediatrik, psykiatri samt mun- och tandvård. För detaljerat innehåll hänvisas till förordningen.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar gäller både elektroniska och traditionella journalhandlingar samt situationer där service anskaffas från en annan tjänsteleverantör. I förordningen fastställs bland annat vad journalhandlingarna innefattar, principerna för upprättandet, handlingarnas förvaringstid och förstöring samt rätten att använda uppgifter. Enligt förordningen ska det i journalhandlingarna antecknas tillräckligt omfattande uppgifter som behövs för trygghet av att god vård ordnas, planeras, tillhandahålls och följs upp för en patient. Anteckningarna ska vara tydliga och begripliga och när anteckningarna görs får bara allmänt kända och godtagna begrepp och förkortningar användas. Anteckningarna ska göras omedelbart.

Av anteckningarna i journalhandlingarna ska framgå hur vården har genomförts, om någonting särskilt uppdagats under vården och vilka avgöranden som fattats om vården medan den pågått. Vid behov ska det vara möjligt att i efterhand få reda på vilka personer som deltagit i vården.

I förordningen finns också separata bestämmelser för den prehospitala akutsjukvården angående hur man i journalhandlingarna ska göra behövliga anteckningar om den akutsjukvård som getts patienten samt om vård och observation i samband med sjuktransport. Om en läkare deltar i den prehospitala akutsjukvården eller sjuktransporten personligen eller genom konsultation, ska detta framgå av journalhandlingarna.

Angående telefonförhandlingar och annan motsvarande konsultation och vårdförhandling konstateras att den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som bär ansvar för vården ska göra anteckningar i patientjournalen om sådana råd och anvisningar som är av betydelse för patientens diagnos eller vård. Av anteckningarna ska framgå tidpunkten för konsultationen eller förhandlingen, de personer som deltagit i behandlingen av ärendet samt de avgöranden som fattats och hur de verkställts. I förordningen finns också bestämmelser om rättelse av uppgifter i journalhandlingar samt om anteckningar om utlämnande av uppgifter samt om logguppgifter.

Social- och hälsovårdsministeriet har utarbetat en uppdaterad handbok för upprättande och hantering av journalhandlingar (på finska), social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2012:4, med närmare anvisningar för ovan nämnda förordnings praxis.

Tillståndsförvaltningen för de privata sjuktransporttjänsterna överfördes 2009 från vägtrafiklagen till lagen om privat hälso- och sjukvård.

Enligt den lagen ska en serviceproducent innan verksamheten inleds anskaffa tillstånd som beviljas av regionförvaltningsverket eller Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira (riksomfattande tillstånd, om verksamhet bedrivs på flera regionförvaltningsverks områden). Vissa verksamhetsförutsättningar ska vara uppfyllda när tillståndet beviljas. Den som tillhandahåller sjuktransporttjänster ska ha ett ändamålsenligt sjuktransportfordon jämte utrustning. Dessutom ska serviceproducenten ha sådan ändamålsenligt utbildad personal som verksamheten förutsätter. Verksamheten ska i medicinskt avseende bedrivas på behörigt sätt och ta hänsyn till patient-säkerheten. En serviceproducent ska ha en av tillståndsmyndigheten godkänd föreståndare (en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården) som ansvarar för att verksamheten i samband med tillhandahållandet av service uppfyller kraven. Då serviceproducenten bedriver verksamhet vid fler än ett verksamhetsställe ska den ansvariga föreståndaren för säkerställande av verksamhetens kvalitet utarbeta en plan för egenkontroll som omfattar hela den verksamhet som serviceproducenten bedriver. Innan ett sjuktransportfordon jämte utrustning tas i bruk ska serviceproducenten förevisa dem i funktionsdugligt skick för en kommunal myndighet (i praktiken t.ex. sjukvårdsdistrikets prehospitala akutvårdsläkare). En inspektionsberättelse över inspektionen ska lämnas till tillståndsmyndigheten. Dessutom ska serviceproducenten årligen lämna tillståndsmyndigheten en verksamhetsberättelse.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning ska följas vid förskrivning av läkemedel. För att säkerställa patientsäkerheten ges anvisningar om metoder för verksamhetsenheten för uppföljning av recept samt för rapportering och hantering av avvikelser i medicineringen.

Syftet med ***lagen om elektroniska recept*** är att förbättra patient- och läkemedelssäkerheten samt att underlätta och effektivisera förskrivningen och expedieringen av läkemedel genom ett elektroniskt system. I lagen finns också bestämmelser om bland annat uppgörande av elektroniska recept, informationen i recept, signering av recept, patientanvisningar, expediering av recept och patientens rätt till insyn.

I social- och hälsovårdsministeriets handbok Säker läkemedelsbehandling (SHM 2007:15) ges anvisningar om läkemedelsbehandling vid prehospital akutsjukvård. Särskilt viktigt är att utarbeta en läkemedelsbehandlingsplan samt att säkerställa och upprätthålla kompetensen. I planen definieras strukturen, uppgifterna och ansvarsområdena för den personal som i verksamhetsenheten eller arbetsenheten genomför läkemedelsbehandling. Chefernas uppgift är att säkerställa att de anställda som genomför läkemedelsbehandling i enheten har nödvändig färdighet och att förhållandena är lämpliga för genomförande av läkemedelsbehandling. Cheferna leder och övervakar genomförandet av och kvaliteten på behandlingen enligt läkemedelsbehandlingsplanen samt beslutar om arbetsfördelningen och samarbetet

mellan olika personalgrupper. I handboken behandlas också tillståndsförfaranden samt uppföljnings- och responssystem ingående. I handboken finns en tabell över de kravnivåer som gäller för läkemedelsbehandling vid prehospital akutsjukvård.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) har utarbetat en Handbok om patientsäkerhet som stöd för verkställandet av patientsäkerhetslagstiftningen och patientsäkerhetsstrategin (2012:20).

I handboken behandlas ingående patientsäkerhetens nuläge och problem, patientsäkerhetsplanen, läkemedelsbehandlingsplanen, dokumenteringen, rapporteringen, det regionala samarbetet samt patientsäkerhetsverktygen.

I handboken fastställs som huvudmål i den nationella patientsäkerhetsstrategin att

- patienten deltar i förbättrandet av patientsäkerheten
- patientsäkerheten hanteras genom förutseende arbete och erfarenhet
- riskmoment rapporteras, vi lär oss av dem
- patientsäkerheten främjas systematiskt och med tillräckliga resurser
- patientsäkerheten beaktas i forskningen och undervisningen inom hälsovården.

Enligt ***patientskadelagen*** kan en patient betalas ersättning för en personskada, om skadan har orsakats av undersökning, behandling och vård eller någon annan motsvarande åtgärd eller av att en sådan försummits, förutsatt att en erfaren yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården har undersökt, behandlat och vårdat patienten eller i övrigt vidtagit åtgärder som avser patienten på något annat sätt och därigenom sannolikt skulle ha undvikit skadan. Ersättning betalas också om skadan har orsakats av fel i en sjukvårdsapparat eller ett sjukvårdsinstrument som använts eller av en infektion som uppkommit i samband med vården. I lagen nämns att den också gäller sjuktransportverksamhet. Lagen täcker också skada som orsakats av en eventuell brand i en behandlingslokal eller en behandlingsutrustning eller av någon annan motsvarande skada samt av distribution av medicin i strid med lag, förordning eller föreskrifter som utfärdats med stöd av dem.

5 SÄRDRAG I DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN OCH JOURVERKSAMHETEN

Till sin karaktär avviker den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten i vissa avseenden från den övriga hälso- och sjukvården. Verksamhetsbetingelserna och kontaktytorna, beredskapsperspektivet samt de oförutsägbara situationerna ställer särskilda krav på verksamheten, vilka behandlas i kapitel 5.1. och 5.2.

5.1 PREHOSPITAL AKUTSJUKVÅRD

Prehospital akutsjukvård innebär bedömning av en akut insjuknad eller skadad patients tillstånd, tillhandahållande av brådskande vård i första hand utanför en hälso- och sjukvårdsinrättning och vid behov transport av patienten till den vårdenhet som är mest lämplig i medicinskt hänseende. I Finland är den prehospitala akutsjukvården relativt noggrant definierad i både hälso- och sjukvårdslagen och förordningen om prehospital akutsjukvård.

Den prehospitala akutsjukvården fungerar på basis av det beslut om servicenivån för den prehospitala akutsjukvården som sjukvårdsdistriktet har fattat. Den befolkning som hör till samma riskområdesklass inom ett sjukvårdsdistrikt ska få jämlik service inom hela sjukvårdsdistriktets område, men servicen kan variera mellan olika sjukvårdsdistrikt i Finland.

I lagstiftningen fastställs vilka utbildnings- och kompetenskrav som ställs på personalen inom den prehospitala akutsjukvården. I undersökningen och vården av patienterna deltar också andra än yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (räddningsmanskap och första hjälpare bland allmänheten). Akutvårdspersonalen har i Finland testats noggrant särskilt inom vården och är uppenbarligen en av de få yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården vars yrkeskompetens utvärderas kontinuerligt också efter avlagd grundexamen.

Den prehospitala akutsjukvården fungerar tack vare den yrkesutbildade hälso- och sjukvårdspersonalens och räddningsmanskapets yrkeskompetens. På riksnivå är det oftast omöjligt att omedelbart få en läkare till en plats ens för att vårda patienter i kritiskt tillstånd. Även av läkare som arbetar inom den prehospitala akutsjukvården krävs förmåga att fatta beslut snabbt och utan möjlighet till omfattande rutinmässiga undersökningar eller utredning av en patients sjukdomshistoria med hjälp av patientjournaler.

Inom den prehospitala akutsjukvården används läkare oftast som konsulter, som svarar på frågor om undersökningen, vården och läkemedelsbehandlingen utan att se patienterna. Akutvårdare kan vårda patienter utan att de transporteras till en hälso- och sjukvårdsenhet. Den konsulterande läkaren ska göra separata anteckningar i journalhandlingarna, om inte en elektronisk patientjournal för den prehospitala akutsjukvården används i regionen.

Akutvårdspersonalen bedömer på ort och ställe behovet av prehospital akutsjukvård, det eventuella behovet av att omedelbart uppsöka en hälso- och sjukvårdsenhet och sättet att transportera patienten. Akutvårdspersonalen kan vårda patienten på ort och ställe (jfr en sjukskötares mottagning inom jourverksamheten). Patienten behöver inte transporteras om hans eller hennes tillstånd inte kräver ambulanstransport, ifall patienten själv på något annat sätt kan uppsöka jouren eller annan vård.

Prehospital akutsjukvård är ett fysiskt och psykiskt tungt arbete. Arbetet utförs under krävande förhållanden (regn, kyla, smutsighet, trånga bostäder) och i farliga och oväntade situationer (olika olycksfall, berusade personer, våldsamma situationer). Larmutryckning och ett säkert körbeteende är en viktig del av den prehospitala akutsjukvården, men det hör inte till kärnkompetensen eller -utbildningen för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Till den prehospitala akutsjukvården hör intensivt samarbete mellan flera myndigheter. Samarbetspartner är bland annat räddningstvånen, polisen, Nödcentralsverket, socialmyndigheterna, försvarsmakten och Gränsbevakningstvånet. Det är väsentligt att förstå dessa myndigheters verksamhet när man samarbetar i olika kris- och olyckssituationer. Den prehospitala akutsjukvården har ett eget ledningssystem med fältchefer, som avviker från den övriga hälso- och sjukvården. Fältchefernas uppgifter fastställs i både förordningen om prehospital akutsjukvård och varje sjukvårdsdistrikts beslut om servicenivån.

5.2 JOUR

Med jourvård avses omedelbar bedömning eller behandling som krävs med anledning av akut sjukdom, kroppsskada eller försämring av en kronisk sjukdom. Patienten ska vårdas vid jourenheten om det med beaktande av patientens hälsotillstånd och funktionsförmåga samt den förutsebara utvecklingen av sjukdomen eller skadan, på grund av ärendets brådskande natur, inte är möjligt att flytta vården till nästa dag eller över veckoslutet eller om genomförandet av vården någon annanstans är osäkert (förordningen om brådskande vård). Jourtjänsterna ska vara tillgängliga dygnet runt – även tandläkartjänster.

Kommunerna har ansvaret för att ordna jourverksamheten. Under de senaste 20 åren har jourverksamheten koncentrerats till större enheter och modeller för samjour har tagits fram. Vid många jourenheter har man utkontrakterat verksamheten antingen helt och hållet eller för läkarresursernas del. Trots att jourverksamheten under 2000-talet har utvecklats mycket på regional nivå, saknas ändå mer enhetliga riksomfattande verksamhetskoncept.

Alla patienter som uppsöker vård vid en jourenhet behöver inte omedelbar vård. Detta innebär en viss flexibilitet i planeringen och ger möjlighet att ordna vård i rätt tid för patienter i alla kategorier och att beakta regionala vårdmöjligheter. Jourpatienter med lindriga symptom vårdas i första hand på hälsostationernas mottagningar och inom företagshälsovården. Patienter med svårare symptom som kräver mera resurser hänvisas till de egentliga jourenheterna, som har öppet dygnet runt. Kontaktytan mellan primärvården och den specialiserade sjukvården inom jourverksamheten håller emellertid på att förändras och i framtiden torde också allt fler patienter med lindriga symptom få vård vid de egentliga jourenheterna. Jouren för mun- och tandvård kan man komma överens om regionalt i samband med planen för ordnande av hälso- och sjukvård.

Jourverksamheten kännetecknas av oförutsebarhet i fråga om både antalet patienter och situationerna. Vid jourenheterna vårdas allvarligt sjuka och skadade patienter samtidigt som man tar emot stora mängder patienter med lindrigare symptom, under förhållanden där nya situationer avlöser varandra i hög takt. För en del av patienterna görs den inledande bedömningen vid jouren, medan patienter med remiss redan har bedömts en gång vid en annan hälso- och sjukvårdsinrättning. Jouren har i allmänhet inget tidsbeställningssystem. Man arbetar ofta under svår belastning och en stor del av personalens arbetstid är förlagd till så kallad obekväm arbetstid. En viktig skillnad mot verksamheten med tidsbeställning är att man inom jourverksamheten och vid hälso- och sjukvårdsrådgivningen är tvungen att bedöma hur nödvändig och brådskande vården är, så att de patienter som behöver jourvård kan få högklassig vård och de andra patienterna kan hänvisas till andra hälso- och sjukvårdsenheter. Dessvärre får jourenheterna ofta fungera som ersättare för den bristfälliga polikliniska tidsbeställningsverksamheten, vilket leder till överbelastning och oändamålsenlig användning av resurserna samt ytterligare utmaningar för kundservicen. Avsaknaden av ett enhetligt riksomfattande förfarande för registrering av orsakerna till att man uppsöker vård gör det svårt att jämföra olika enheter. Ett framtida mål är att få ett enhetligt klassifikationssystem för orsakerna till att man uppsöker vård.

Kännetecknande för jourverksamheten har varit att enheterna har haft oerfarna läkare som ofta byts ut, trots att misstag som sker i jourverksamheten har en stor inverkan på patienternas hälsa och de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården. De senaste åren har man på många håll börjat fästa

uppmärksamhet vid jourläkarnas yrkeserfarenhet. Personalen vid jouren spelar en nyckelroll med tanke på kvaliteten och patientsäkerheten. Detta beaktas i förordningen om brådskande vård, enligt vilken jouren i framtiden ska ha en mångprofessionell personal som har tillräcklig utbildning och arbetserfarenhet samt kunskap om förhållandena inom området, samt en legitimerad läkare som står i tjänsteförhållande till kommunen eller samkommunen för att sådana beslut som förutsätter handlande under tjänsteansvar ska kunna fattas. Förordningen fastställer också de utbildningskrav som gäller specialiteterna och som bidrar till att garantera en högklassig vård. Utöver personalens erfarenhet har man också fastställt skyldigheter gällande tillgången till bilddiagnostik och laboratorieservice.

Jourverksamheten sker nästan uteslutande utanför tjänstetid. Jourenheternas chefer arbetar emellertid till största delen under tjänstetid, vilket ställer stora krav på jourpersonalen med tanke på situationsledningen och verksamhetsstyrningen. Enligt förordningen om brådskande vård ska det framöver under alla tider på dygnet finnas en legitimerad läkare som leder verksamheten vid jourenheten. Förordningen tar också ställning till ledningen av den samlade servicen vid jourenheten.

Jourenheterna ger en jourpatient vård oberoende av var han eller hon är bosatt. Det innebär en utmaning med tanke på tillgången till förhandsuppgifter, eftersom det inte går att få dem via datasystemen och patienterna själva inte alltid kan lämna uppgifter. Det är också svårt att få uppgifter då en stor del av patienterna som uppsökt jouren särskilt nattetid och under veckosluten är påverkade av berusningsmedel.

Kännetecknande för jouren är att vårdrelationerna är korta och ofta unika. Klienternas krav och störande beteende ökar hela tiden och orsakar dagligen risksituationer med tanke på personalens och delvis också patienternas säkerhet samt ökar belastningen på personalen.

Hur verksamheten vid en jourenhet lyckas beror i hög grad på hur arbetsfördelningen och samarbetet med hälsostationerna, samarbetsmyndigheterna, den prehospitla akutsjukvården och telefonrådgivningen fungerar och hur man lyckas med att hänvisa patienterna till fortsatt vård.

Tabell 3. Jämförelse av särdragen i den prehospitla akutsjukvården och jourverksamheten

Ärende	Jour	Hälso- och sjukvårdsväsendet	Prehospital akutsjukvård
Tillgång till service	Riksomfattande enhetliga bestämmelser (lagstiftning om brådskande vård och tillhörande förordning)	Riksomfattande enhetliga bestämmelser (t.ex. icke-brådskande vård)	Sjukvårdsdistriktens egna beslut (servicenivå)
Vårdpersonal	Legitimerade yrkesutbildade personer eller yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning inom hälso- och sjukvården	Legitimerade yrkesutbildade personer eller yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning inom hälso- och sjukvården	Legitimerade (tillägsutbildning) yrkesutbildade personer eller yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning inom hälso- och sjukvården, räddningsmanskap eller första hjälpare bland allmänheten
Beslutsfattande	Multidisciplinärt, läkarlett, möjlighet till avgränsade undersökningar och krav på noggrann differensdiagnostik	I allmänhet multiprofessionella team, möjlighet till avgränsade undersökningar och krav på noggrann differensdiagnostik	Arbetspar, permanenta anvisningar, möjlighet att konsultera, mycket begränsad mängd undersökningar
Situationsledning	Legitimerad läkare som leder verksamheten vid jourenheten (förordningen om brådskande vård), ansvarig skötare/triageskötare	Läkare, ansvarig skötare	Jourhavande akutläkare, fältchefer för den prehospitla akutsjukvården (tjänsteansvar)
Kontaktytor	Olika specialiteter, övrig hälso- och sjukvård, socialväsendet, polisen	Övriga enheter inom hälso- och sjukvårdsväsendet, socialväsendet - skyddshem - akutvårdstationer - servicehus .	Samarbete mellan flera myndigheter (polisen, nödcentralen, räddningsverket, Gränsbevakningsväsendet, socialjouren, kristjänst)
Patientens uppsökande av service	Patientens egen bedömning, telefonbedömning, remiss	Remiss från den specialiserade sjukvården, till primärvården med tidsbeställning	I 12-samtal från patienten, en anhörig eller en utomstående, nödcentralens riskbedömning

B. PRAXIS

6 PLANERING AV KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET (PLAN – PLANERA)

Ledningen för den organisation som ordnar eller producerar den prehospitla akutsjukvården och jourverksamheten ansvarar för planeringen av kvalitetsledningen och patientsäkerheten. Organisationens ledning fastställer riktlinjerna för kvalitetsledningen och patientsäkerheten, planen, genomförandet, uppföljningen och de ansvariga personerna samt rapporteringsskyldigheterna och -metoderna. För att verkställa kvalitetsledningen och patientsäkerheten utarbetar man en plan, vars innehåll fastställs i förordningen 341/2011. Ledningen har också ansvar för att säkerställa att de optimala resurserna och förutsättningarna finns för såväl kärnverksamheten som kvalitetsledningen och patientsäkerheten. Kvalitetsledningen och patientsäkerheten gäller både organisationens egen och den köpta verksamheten. Köparen ansvarar för kvaliteten, vilken ska beaktas både i konkurrensutsättningen av serviceupphandling och i köpeavtalen (se Kommunförbundets avtalsmall). Den regionala planen för kvalitetsledning och patientsäkerhet beskrivs i planen för ordnande av hälso- och sjukvård, på vilken också organisationens plan grundar sig.

Planeringen av kvalitetsledningen och patientsäkerheten ska grunda sig på en utvärdering av nuläget för organisationen och verksamheten. Med utvärderingen av nuläget strävar man efter att utreda organisationens och verksamhetens utgångsläge, verksamhetens viktigaste styrkor och kritiska utvecklingsbehov. För utvärderingarna är det bra att använda regionalt enhetliga verktyg för kvalitetsbedömning, såsom EFQM (European Foundation for Quality Management), CAF (Common Assessment Framework) eller självvärderingsmetoden för den prehospitla akutsjukvården och jourverksamheten i bilaga 11.4. Genomförandet av verksamhetsplanen som grundar sig på utvärderingen av nuläget kräver att organisationens ledning förbinder sig att genomdriva planen. Med ledningens stöd och uppmuntran är det lättare att engagera personalen och cheferna på alla organisationsnivåer i arbetet med kvalitetsledning och patientsäkerhet, så att dessa blir en del av det dagliga arbetet.

Hälso- och sjukvårdens kvalitet har styrts med SHM:s servicespecifika kvalitetsrekommendationer riktade till olika åldersgrupper eller teman. Det finns inga tidigare kvalitetsrekommendationer för den prehospitla akutsjukvården och jourverksamheten, som den nuvarande kvalitetsplaneringen skulle kunna grunda sig på.

För att bygga upp och utvärdera kvalitetsledningssystemet används inom hälso- och sjukvården olika kvalitetskriterier på organisationsnivå, som möjliggör certifiering. Kriterierna betonar kvalitets klientorientering, värde- och strategiorientering, överensstämmelse med kraven, resurshantering, ledningens ansvar och engagemang, personalens deltagande, processledning, mätning och analys samt kontinuerlig förbättring. De innehåller emellertid inga särskilda kriterier för kvaliteten inom den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen och God medicinsk praxis-rekommendationerna (t.ex. Duodecim) styr kvalitets överensstämmelse med kraven.

Inom den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten är utmaningarna för kvaliteten och patientsäkerheten mycket likartade. Patientsäkerhetsarbetet är en väsentlig del av hälso- och sjukvårdsorganisationernas kompetens och arbetet bör både ledas och utvecklas. Organisationernas ledning spelar en viktig roll som förebild, genom att kräva säker vård samt genom att hantera resurser och styra verksamheten i patientsäkerhetsarbetet.

Patientsäkerhetskompetensen har inte fått tillräcklig uppmärksamhet i den grundläggande utbildningen för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Därför behövs fortbildning bland annat för den personal som arbetar inom den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten. Tillräckliga resurser ska reserveras för utbildningen.

På det internationella planet betraktas patientsäkerhetskompetensen inte som klinisk kompetens, utan snarare som en del av bland annat processerna och riskhanteringen. Bland de kliniska patientsäkerhetsproblemen sker flest negativa händelser i samband med infektioner, läkemedelsbehandling och invasiva ingrepp. Det system för rapportering av negativa händelser och farliga situationer inom hälso- och sjukvården som används inom en organisation ger en bild av patientsäkerhets- och kvalitetsbristerna. Resultaten från systemet, exempelvis HaiPro, bör användas vid planeringen av organisationens kvalitetsledning och patientsäkerhet.

Tabell 4. Enligt WHO kan patientsäkerhetskompetensen delas in i följande delområden:

1.	Allmän kunskap om patientsäkerhetsproblemen och deras utgångsläge, bakgrund och utbredning
2.	Förmåga att förstå systemtänkandet inom patientsäkerheten
3.	Rapportering av farliga situationer och förmåga att lära av dessa
4.	Riskhantering för att försäkra sig om patientsäkerheten
5.	Förmåga att förstå den mänskliga faktorns andel i patientsäkerhetsarbetet
6.	Förmåga att förstå hur teamarbete säkerställer patientsäkerheten
7.	Förstärkning av patientsäkra tillvägagångssätt
8.	Vikten av att engagera patienten och de anhöriga i patientsäkerheten

6.1 RAPPORTERING OCH BEHANDLING AV NEGATIVA HÄNDELSE OCH FARLIGA SITUATIONER

Rapportering

I kvalitets- och patientsäkerhetsplanen ska organisationen komma överens om vilka förfaranden som ska användas för att säkerställa att avvikelser och negativa händelser identifieras, rapporteras, anmäls till systemet för vårdanmälan (Hilmo) samt korrigeras. Rapporteringsskyldigheten gäller alla verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården, inklusive eventuella avtalsserviceproducenter inom den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten. Producenter av köptjänster och avtalsserviceproducenter ska garanteras teknisk tillgång till rapporteringssystemen för negativa händelser och farliga situationer. Man ska också dra nytta av samarbetet mellan olika aktörer vid behandlingen av anmälningarna och utvecklingen av verksamheten.

Organisationens ledning och verksamhetsenheternas chefer har i uppgift att skapa en öppen och rättvis miljö som uppmuntrar personalen till att anmäla negativa händelser och farliga situationer aktivt, exempelvis via HaiPro-systemet. Tröskeln för att anmäla händelser ska vara låg. Tröskeln sänks av att anmälningarna behandlas anonymt, eftersom ett program ändrar avsändarens e-postadress till en sifferserie, som de personer som behandlar anmälan inte kan förknippa med den person som gjort anmälan. Med hjälp av tillräcklig utbildning och handledning ska man också säkerställa att anmälningssystemet används på rätt sätt och att personalen är positivt inställd till systemet. Inom organisationen ska man ge anvisningar om ansvar och uppgifter med anknytning till behandlingen av anmälningar om farliga situationer. Man ska alltid sträva efter att lära sig något av negativa händelser och tillbud, och den samlade informationen om skador som skett ska utnyttjas i utvecklingen av verksamheten. Organisationen får också information om utvecklingsbehov från patienternas och de närståendes respons, anmärkningar, klagomål och patientskadeanmälningar samt från patientombudsmännen. En del av sjukvårdsdistrikten har gjort det möjligt också för patienter att göra anmälningar till HaiPro. Missbruk av anmälningssystemen kan leda till inflation i patientsäkerhetskulturen vid arbetsenheterna.

Inom den prehospitala akutsjukvården bör skyldigheten att rapportera negativa händelser eller tillbud utsträckas till att omfatta inte enbart sjukvårdsdistriktet utan också avtalsserviceproducenterna. På motsvarande sätt bör systemet inom jourverksamheten omfatta också utkontrakterad jourverksamhet. Anmälningar som inte hänför sig till patientsäkerheten ska inte göras i patientsäkerhetssystemen. Exempelvis anmälningar av fysiskt eller psykiskt våld mot en patient, arbetsplatsmobbing och osakligt uppträdande ska göras enligt ett separat förfarande.

Behandling

Regelbunden analys och behandling av information som har samlats in via ett rapporteringssystem för negativa händelser och farliga situationer utgör grunden för en kontinuerlig utveckling av verksamheten. Rapporteringsförfarandets viktigaste del är ett fungerande system för respons och behandling. Det är viktigt att dela med sig särskilt av information om allvarliga och/eller ovanliga negativa händelser också över organisationsgränserna. I analysen av allvarliga farliga situationer och negativa händelser utreds de individuella orsakerna till händelsen. Analysen ska systematiskt granska systemets strukturer, processer och riskfaktorer som är förknippade med dessa, samt de säkringar och skydd som har skapats och brister i dessa.

Information om avvikelser och negativa händelser som har samlats in vid verksamhetsenheterna och inom organisationen ska utnyttjas systematiskt. Varje enhets chef har i uppgift att organisera de regelbundna interna förfarandena vid enheten så att de utgör en grund för en konstruktiv behandling av farliga situationer och negativa händelser. Hela personalen ska regelbundet informeras om de farliga situationer som har anmälts: anmälningarna behandlas tillsammans på ett öppet, anonymt och konstruktivt sätt. Det viktigaste är inte att ta reda på vem som är skyldig, utan att svara på frågorna "varför hände det här?" och "hur kan vi undvika en motsvarande händelse i framtiden?" Nödvändiga utvecklingsåtgärder bör granskas ur ett multiprofessionellt perspektiv. Ansvarsområdena för verkställandet av utvecklingsåtgärderna och för etableringen och uppföljningen av de nödvändiga ändringarna i verksamheten ska definieras klart och tydligt inom organisationen. Varje enhets chef har i uppgift att organisera de regelbundna interna förfarandena vid enheten så att de utgör en grund för en konstruktiv behandling av farliga situationer och negativa händelser. Enheternas chefer ansvarar också för nödvändiga närmare analyser av anmälningarna och för effektiv kommunikation inom hela arbetsenheten.

Utvecklingsåtgärder som grundar sig på rapporterade farliga situationer och negativa händelser ska planeras, genomföras och utvärderas enligt avtalad praxis inom organisationen. Man ska reagera omedelbart på de mest allvarliga patientsäkerhetsriskerna och avvikelserna i kvaliteten. Praxis som gäller organisationens utvecklingsåtgärder och behandlingen av farliga situationer och negativa händelser ska avtalas skriftligt och hela personalen ska informeras om förfarandena. Tillräckliga resurser ska säkerställas för att införa rapporteringssystemen, behandla anmälningarna och utveckla verksamheten utifrån anmälningarna. Vid verksamhetsenheter inom den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten är det absolut nödvändigt att säkerställa tillräckliga resurser för en systematisk utveckling av patientsäkerheten och kvalitetsledningen, med beaktande av arbetets operativa ka-

raktär. För att genomföra en kontinuerlig utveckling av organisationen och en systematisk utvärdering av verksamheten krävs att man hela tiden ser över personalantalet och arbetstiden samt att särskilda ansvariga personer och uppdrag utses för patientsäkerheten och kvalitetsledningen.

Autentiska anmälningar av avvikelser och negativa händelser är inte offentliga. Utifrån autentiska anmälningar kan det vara möjligt att identifiera en patient, särskilt om patientens fall av andra orsaker har behandlats i medierna (exempelvis en trafikolycka eller en offentlig persons sjukdomsfall). En sådan situation utgör en risk för sekretessen inom hälso- och sjukvården. Statistiken över farliga situationer och negativa händelser är däremot offentlig och likaså kan redigerade fall som getts en allmän prägel publiceras exempelvis i en årsrapport.

7 GENOMFÖRANDE AV KVALITETS- OCH PATIENTSÄKERHETSPLANERNA (DO – GENOMFÖRA)

De personer som deltar i verkställandet av kvalitets- och patientsäkerhetsplanerna är ofta andra personer än de som har planerat programmet. Innan man inleder arbetet med att verkställa planerna ska man säkerställa att planen är klar att tas i användning. Verkställandet ska ges ändamålsenliga resurser och resurserna ska anvisas för utbildning, införande av rapporteringssystem och ledning. Verkställandet är ett separat projekt och det rekommenderas att man gör upp en projektplan med tillhörande tidtabeller. Ledningen ska följa upp hur verkställandet framskrider och säkerställa att det slutförs i enlighet med planerna. Trots att ledningen har det primära ansvaret för verkställandet måste också varje medarbetare vara engagerad i saken. Man ska reservera tillräckligt med tid för att införa rapporteringssystem (t.ex. HaiPro), särskilt när systemen också omfattar avtalsserviceproduktionen.

Kvalitetsledningen ska vara en del av organisationens ledningsstrategi och dess genomförande i praktiken ska vara synligt som en del av den dagliga ledningskulturen. Patientsäkerheten är en del av kvalitetsledningssystemet och den ska inkluderas i den vision som styr varje organisations verksamhet. Patientsäkerheten och kvalitetsledningen ska också inkluderas i de konkreta syftena och målen för verksamheten, som grundar sig på den vision som styr verksamheten.

För att engagera hela personalen i rutiner som stöder kvaliteten och patientsäkerheten krävs tillräckliga resurser och ansvarstagande på individnivå. För en övergripande utveckling av kvalitetsledningen och verksamheten bör man reservera tillräckliga resurser på alla organisationsnivåer. I praktiken innebär de här resurserna bland annat tillräckligt med arbetstid och personalresurser för utveckling och utvärdering av verksamheten samt utbildning för såväl organisationens ledning och de närmaste cheferna som den operativa personalen.

Genomförandet av kvalitets- och patientsäkerhetsplanen innebär i praktiken att man kombinerar ett vetenskapligt perspektiv med det operativa dagliga arbetet. Övergången från planering till genomförande kräver att hela personalen förstår betydelsen av att utveckla verksamheten. Verkställandet av kvalitets- och patientsäkerhetsplanen utgår i första hand från ledningens engagemang i en kontinuerlig utveckling av verksamheten och i kvalitetsarbetet. För att genomföra en högklassig och patientsäker verksamhet i praktiken krävs att hela personalen deltar och är engagerad i en kontinuerlig utveckling

av verksamheten. De principer som siktar på kvalitetsarbete och patientsäkerhet ska synas i det praktiska arbetet på alla nivåer i verksamheten.

Alla organisationsnivåer ska få utbildning i principerna för evidensbaserad verksamhet, grunderna för självledning samt framför allt i betydelsen av systematisk självvärdering som grund för all utveckling. Självvärderingsprocesser som genomförs regelbundet (se kap. 6) utgör en viktig del av arbetet för att engagera personalen och utbilda organisationen i kvalitetsledning och patientsäkerhet. Vid enheter inom den prehospitla akutsjukvården och jourverksamheten bör evidensbaserad verksamhet inkluderas i inskolningen av personalen och utgöra en automatisk del av en öppen och konstruktiv ledningskultur.

Verkställandet av kvalitetsledning och patientsäkerhet är en kontinuerlig process som består av projektliknande skeden. Projekten bör inledas utifrån resultaten av evidensbaserad verksamhet och utvärdering. Med tanke på verkställandet är det viktigt att betona organisationens kritiska utvecklingsobjekt och avvikelser i kvaliteten. Lika viktigt är det för utvecklingsarbetet och genomförandet att organisationens styrkor och goda praxis sprids och utnyttjas i utvecklingsprojekten. För genomförandet krävs att man för varje enskilt projekt eller skede i ett projekt har utsett ansvariga personer som har getts rimligt med arbetstid för projektarbetet. Varje projekt med anknytning till kvalitet och patientsäkerhet är en del av organisationens kontinuerliga självinlärningsprocess. Kvaliteten och patientsäkerheten förbättras inom hela organisationen av en tydlig ansvarsfördelning, en atmosfär som stöder utveckling och innovation samt ett öppet ledarskap. Rapporteringssystemen (t.ex. HaiPro, patientdata- och vårduppföljningssystemen) ska utnyttjas systematiskt som grund för prioriteringen av utvecklingsprojekten.

8 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV KVALITETEN OCH PATIENTSÄKERHETEN (CHECK – UTVÄRDERA)

Kvaliteten och patientsäkerheten kan följas upp med hjälp av de indikatorer som presenteras i det här kapitlet (struktur, processer, resultat och riskhantering), med hjälp av självvärdering av organisationen (exempel på värderingsobjekt i bilaga 11.4) eller i större utsträckning med en extern revision av verksamheten. Processernas funktion kan granskas med hjälp av processrevision (som exempel processrevision av den prehospitaled akutsjukvården i bilaga 11.1). Utöver de numeriska indikatorerna behövs också den uppföljning och observation som en erfaren yrkesutbildad person gör i det dagliga arbetet. Organisationens egenkontroll betonas i uppföljningen och utvärderingen.

De indikatorer som presenteras i den här rekommendationen har valts ur den internationella och finländska litteraturen eller är baserade på etablerad praxis för utvärdering av verksamheten (såsom sjukfrånvaro, arbetstillfredsställelse) eller på en expertuppfattning om indikatorns nödvändighet och karaktär. Indikatorerna är indelade i kärnindikatorer (markerade i förteckningen) och kompletterande indikatorer. De kompletterande indikatorerna är avsedda för organisationer som hunnit längre i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och som använder datasystem som möjliggör ett klarläggande av indikatorerna. Eventuella felkällor i användningen och tolkningen av indikatorerna ska beaktas och skrivas ut i eventuella organisationsspecifika kvalitets- och patientsäkerhetsrapporter. Den viktigaste felkällan i den prehospitaled akutsjukvården uppkommer i situationer där en grundläggande uppgift som indikatorn förutsätter inte registreras i tillräcklig omfattning eller på ett tillförlitligt sätt i datasystemen och patientjournalerna inom den prehospitaled akutsjukvården och jourverksamheten. Datasystemen bör utvecklas så att de också tjänar utvärderingen av kvaliteten och patientsäkerheten.

Indikatorerna för den prehospitaled akutsjukvården och jourverksamheten presenteras separat i kapitel 8.1 och 8.2, så att de lättast kan utnyttjas av varje enskild verksamhetsenhet.

8.1 INDIKATORER FÖR KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET INOM DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN

8.1.1 Strukturindikatorer	Kärnindikatorer	Kompletterande indikatorer
Allmänna	<ul style="list-style-type: none"> Skriftlig kvalitetsledningsplan finns (ja/nej) Beslut om servicenivån, där man fastställt de punkter som lagen och förordningen kräver (ja/nej) Privata aktörer: Tillstånd för privat hälso- och sjukvård och plan för egenkontroll (ja/nej) Skriftlig verksamhetsplan (årsplan) finns (ja/nej) Läkemedelsbehandlingsplan (ja/nej) 	<ul style="list-style-type: none"> Kollegial utvärdering används av de olika centren (ja/nej)
Prehospitalt akutsjukvårdssystem	<ul style="list-style-type: none"> Vid behov användning av enheter för första insatsen (ja/nej) Ledningssystem definierat (ja/nej) Serviceproducentens förmåga att klara av avtalsenliga uppgifter (relation mellan avklarade uppgifter och uppgifter som överförs till andra serviceproducenter på grund av kapacitetsbrist) Skriftliga vårdanvisningar och verksamhetsregler finns (ja/nej) Anvisningar för Virve och meddelandeschema finns (ja/nej) Katastrofplan finns och planen övas (ja/nej) Styrsystem för psykosociala tjänster (ja/nej) 	<ul style="list-style-type: none"> Längd på serviceproducenternas avtal (median, variationsintervall)
Personal	<ul style="list-style-type: none"> (Operativa) Personalens omsättning/år (antal och andel av personalen) Andelen permanent (operativ) personal % 	Permanent (operativ) personal: - Andelen arbetstimmar som utförts av den permanenta personalen av alla arbetstimmar %
Kompetensledning	<ul style="list-style-type: none"> Årsplan för utbildningen, där man beaktat de olika nivåerna i det graderade prehospitala akutsjukvårdssystemet (ja/nej) Mängden fortbildning (separat från operativa uppgifter) timmar/person/år (separat för bas- och vårdnivå) Metoder för kompetensutvärdering används (ja/nej) (separat för bas- och vårdnivå) Inskolningsprogram för nya medarbetare* (ja/nej) (*inkluderar personal som återvänder till arbetet efter en lång frånvaro) 	<ul style="list-style-type: none"> Möjlighet till individ-/enhetsspecifik uppföljning av åtgärder (ja/nej) Mängden skiftutbildning timmar/person/år (separat för bas- och vårdnivå)

Insatstider och användning av resurser	<ul style="list-style-type: none"> Svarstider <ul style="list-style-type: none"> Starttid (s) A-C-larm (tid mellan larm och avfärd) Andelar av insatstider (%): Man jämför utfallet av insatstiderna med de procentandelar som fastställts i sjukvårdsdistriktets beslut om servicenivå för nödcentralens olika angelägenhetsklasser (A-D) och de olika riskområdesklasserna för den prehospitala akutsjukvården (1–5). Insatstider (min) för nödcentralens olika angelägenhetsklasser (A-D) och de olika riskområdesklasserna för den prehospitala akutsjukvården (1–5). Enheternas uppdragsbundenhet*% (*hur stor del av den totala beredskapstiden utgör tiden som använts till larmuppdrag, räknas från larmet till det ögonblick då enheten har återvänt till sin plats på stationen eller fått ett nytt uppdrag) 	<ul style="list-style-type: none"> X-0 tidens andel av hela beredskapstiden (alla enheter totalt) %
8.1.2 Processindikatorer	Kärnindikatorer	Kompletterande indikatorer
Utrustning och vagnpark	<ul style="list-style-type: none"> Centrala nyckelprocesser har identifierats, definierats och beskrivits (ja/nej) <ul style="list-style-type: none"> Åtta centrala processer: hjärts-tillstånd, andningssvårighet, bröstsmärta, stroke, hypoglykemi, förgiftning, kramp och höge-nergiskada (Processindikatorer i bilaga 11.1) Nyckelprocessernas resultat följs upp och processerna utvecklas systematiskt (ja/nej) <ul style="list-style-type: none"> Resultaten av revisioner av nyckel-processerna är tillgängliga (mall för processrevision i bilaga 11.1) Icke-transporterad patients användning av ambulans inom 24 h från X-kodning (% av alla X-kodade) 	<ul style="list-style-type: none"> Fordonens, utrustningens och apparaturens enhetlighet (enligt serviceproducent eller område för ordnande) Övriga regionalt betydelsefulla processer har definierats och beskrivits (ja/nej) Smärtlindring när minst sju smärtindikatorer indikerar smärta (t.ex. på VAS-skalan 0–10, ålder 13 år eller över) Ändamålsenligt beslut om X-kod % Rätt val av vårdplats % (jämfört med anvisningarna för vårdhänvisning)

8.1.3 Resultat-indikatorer	Kärnindikatorer	Kompletterande indikatorer
Mortalitet	<ul style="list-style-type: none"> Sairaalan ulkopuolinen kuolleisuus - Kaikki - Kaikki poislukien tavattaessa kuolleiksi todetut ja odotetut kuolemat (kuten terminaalipotilaat) - Kuolleisuus, kun elvytystä yritetty 	<ul style="list-style-type: none"> Överlevnad på sjukhuset (hjärtstillstånd): - Total överlevnad, överlevnad av patienter med kammarflimmer som upptäckts av lekman och överlevnad av patienter som råkat i livlöst tillstånd med akutvårdspersonal på platsen - Neurologisk/funktionell överlevnad (CPC, cerebral performance category) Smärtlindring (förvärrad eller oförändrad) med smärtindikatorer (t.ex. VAS-indikator, ålder 13 år eller över)
Kostnader (separat för den prehospitalkostnaderna, om verksamheten inkluderar transporter av patienter mellan vårdinrättningar)	<ul style="list-style-type: none"> Totala kostnader*/invånare i regionen (eur) för den prehospitalkostnaden Totala kostnader*/larm (eur) och totala kostnader/patient som nåtts (eur) *Total kostnad = sjukvårdsdistriktets + FPAs (eller försäkringsbolagens) + patientens andel 	<ul style="list-style-type: none"> Totala kostnader*/bedräktstimmor för en enhet för den prehospitalkostnaden (exklusive enheter för första insatsen) (eur)
Patienttillfredsställelse	<ul style="list-style-type: none"> Patienttillfredsställelsen mäts regelbundet (ja/nej) - Medeltal (på skalan 1–5) - På skalan 1–5, andel i % som gett vitsordet 4 och 5 samt 1 och 2 	
Intressentgruppernas tillfredsställelse		<ul style="list-style-type: none"> Intressentgruppernas tillfredsställelse (jourverksamhet, samarbetsmyndigheter) - På skalan 1–5, andel i % som gett vitsordet 4 och 5 samt 1 och 2 Uppskattning som erhållits av oberoende aktörer
8.1.4 Riskhanterings- och säkerhetsindikatorer	Kärnindikatorer	Kompletterande indikatorer
Anmärkningar, besvär och klagomål	<ul style="list-style-type: none"> Antal besvär och anmärkningar/I 000 larm/år Antal klagomål/I 000 larm/år som anförts hos tillsynsmyndigheterna (regionförvaltningsverket, Valvira och riksdagens justitieombudsman) 	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingstid för besvär och anmärkningar (dygn)
Övriga	<ul style="list-style-type: none"> Arbetskyddsplan finns (ja/nej) Antal olycksfall i arbetet (inte exponeringar för blod, om dessa har rapporterats i kompletterande indikatorer) Sjukfrånvaro/årsverke Alla trafikskador totalt/år 	<ul style="list-style-type: none"> Resultat av mätningar av arbetstillfredsställelsen bland personalen Antal exponeringar för blod/I 000 larm/år Anvisningar för infektionsskydd (ändamålsenlig användning av skydd, desinfektion av ambulansen, placering av patienter) (ja/nej) Vaccinationsprogram för personalen (ja/nej) Åtgång på handdesinfektion Miljöprogram finns (ja/nej)

8.1.5 Patient-säkerhets-indikatorer	Kärnindikatorer	Kompletterande indikatorer
	<ul style="list-style-type: none"> • Patientsäkerhetsplan finns (ja/nej) • Ansvarig person för patientsäkerheten finns (ja/nej) • Organisationens interna anmälningar av risksituationer för patientsäkerheten (t.ex. HaiPro) antal/år (= utvecklingsindikator för patientsäkerhetskulturen) • Systematisk behandling av negativa händelser med personalen (ja/nej) • Systematisk rapportering vid överföring av en patient till fortsatt vård (ja/nej) (exempel i bilaga I 1.3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Antal patientskadeanmälningar/1 000 larm/år • Antal ersatta patientskadeanmälningar/1 000 larm/år • Mängden patientsäkerhetssutbildning (h) och täckning (% av personalen) • Antal anmälningar om biverkningar av läkemedel/år (Fimea) • Antal anmälningar om risksituationer med anknytning till hälso- och sjukvårdsutrustning/år (Valvira) • Antal intuberingar av matstrupen/år (icke upptäckta eller senare upptäckta) • X-0 situationernas andel/år och längd (h) • På vägen till ett objekt och under transport av patient • Trafikskador/år <ul style="list-style-type: none"> - Trafikolycka på väg till ett objekt - Trafikolycka under transport av en patient, ingen personskada - Trafikolycka under transport av en patient, personskada (inget dödsfall) - Trafikolycka under transport av en patient, personskada (dödsfall) • Enkät om patientsäkerhetskultur (t.ex. med indikatorerna TUKU och HSOPSC) (ja/nej)

8.2 INDIKATORER FÖR KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET INOM JOURVERKSAMHETEN

8.2.1 Struktur-indikatorer	Kärnindikatorer	Kompletterande indikatorer
Allmänna	<ul style="list-style-type: none"> Skriftlig kvalitetsledningsplan finns (ja/nej) Skriftlig verksamhetsplan (årsplan) finns (ja/nej) Läkemedelsbehandlingsplan (ja/nej) 	<ul style="list-style-type: none"> Kollegial utvärdering används av de olika centren (ja/nej)
Joursystem	<ul style="list-style-type: none"> Ledningssystem definierat för både tjänste- och jourtid (ja/nej) Skriftliga vårdanvisningar och verksamhetsregler finns (ja/nej) Vårdprotokoll för de viktigaste patientgrupperna används systematiskt (ja/nej) Katastrofplan finns och planen övas (ja/nej) Patientanvisning för flera patienter finns (ja/nej) I jourverksamheten används antingen en evidensbaserad utvärderingsmall eller en lokalt utvecklad och systematiskt använd mall för utvärdering av vårdbehov och prioritering (ja/nej) I jourverksamheten används metoder för utvärdering av psykiatriska patienters vårdbehov och prioritering (ja/nej) På regional nivå har man avtalat om tillgång till en legitimerad tandläkares tjänster dygnet runt (ja/nej) En omfattande, kompetent telefonrådgivning har inrättats för jourtid (ja/nej) Ett system för hantering av hög belastning används i jourverksamheten (ja/nej) Checklistor för utskrivning (ja/nej) 	<ul style="list-style-type: none"> Ett tillvägagångssätt som uppfyller mallen för verksamhet med traumateam används för att vårda svårt skadade patienter multiprofessionellt (ja/nej)
Personal	<ul style="list-style-type: none"> (Operativa) Personalens omsättning/år (antal och andel av personalen) Andelen permanent (operativ) personal % 	
System för kompetensledning	<ul style="list-style-type: none"> Årsplan för utbildningen för alla yrkesgrupper (ja/nej) Mängden fortbildning per yrkesgrupp timmar/person/år Metoder för kompetensutvärdering används (ja/nej) Utvärdering av vårdbehov och prioritering görs av triageskötare eller -läkare som är utbildade för uppgiften (ja/nej) Inskolningsprogram för nya medarbetare* (ja/nej) (*inkluderar personal som återvänder till arbetet efter en lång frånvaro) 	

Tillgång på laboratorieundersökningar	<ul style="list-style-type: none"> Laboratorietjänster 24/7 Patientnära analyser i vården av patienter i nöd 24/7 (ja/nej) 	<ul style="list-style-type: none"> Patientnära analyser för att göra processen snabbare vid vård av fast track-patienter (24/7) (ja/nej)
Bilddiagnostik	<ul style="list-style-type: none"> Möjlighet till röntgen 24/7 (ja/nej) Möjlighet till ultraljudsundersökning 24/7 (ja/nej) Möjlighet till CT-undersökning 24/7 (ja/nej) Möjlighet att konsultera radiolog 24/7 (ja/nej) 	<ul style="list-style-type: none"> Möjlighet till MRI-undersökning 24/7 (ja/nej) Möjlighet till interventionell radiologi 24/7 (ja/nej)
Tillgång på åtgärder	<ul style="list-style-type: none"> Möjlighet till omedelbar trombolysbehandling vid hjärninfarkt (ja/nej) Möjlighet till omedelbart kranskärlsinslag (ja/nej) Möjlighet till jouroperation 24/7 (ja/nej) 	
Intensifierad övervakning/intensivvård	<ul style="list-style-type: none"> Från jouren finns omedelbar möjlighet för patienten att få intensifierad övervakning och intensivvård (ja/nej) 	
8.2.2 Processindikatorer	Kärnindikatorer	Kompletterande indikatorer
Allmänna	<ul style="list-style-type: none"> Nyckelprocessernas resultat följs upp och processerna utvecklas systematiskt (ja/nej) 	
Ankomst		<ul style="list-style-type: none"> Överlåtelse av ambulanspatient (min)
Triage	<ul style="list-style-type: none"> Tid för triage <ul style="list-style-type: none"> - Patienter i nöd ≤ 1 min - Övriga ≤ 10 min (andel % – mål 100 %) 	
Väntetid till läkarmottagning	<ul style="list-style-type: none"> Patienter i nöd ≤ 1 min Övriga: <ul style="list-style-type: none"> ≤ 1 h (andel % – mål 80 %) ≤ 2 h (andel % – mål 100 %) 	
Total vårdtid	<ul style="list-style-type: none"> ≤ 4 h (procentuell andel) Över 6 h andel <ul style="list-style-type: none"> - Orsakerna ska bedömas systematiskt och lösningar sökas för att förkorta vårdtiderna 	
Patienter som återvänder till jouren	<ul style="list-style-type: none"> Andelen patienter som återvänder till jouren inom 48 h Andelen patienter som återvänder av de patienter som ursprungligen har hänvisats till en annan hälso- och sjukvårdsinrättning från triage Patienter som lämnat jouren under pågående vård Andelen patienter som lämnat jouren under pågående vård ≤ 5 % (ja/nej) eller alternativt andel % 	<ul style="list-style-type: none"> Andelen patienter som återvänder till jouren inom 24 h och 72 h
Arrangemang för fortsatt vård		<ul style="list-style-type: none"> Av patienter som behöver fortsatt vård ≤ 1 h till avdelning på eget sjukhus (andel %), ≤ 2 h annan plats för fortsatt vård (andel %)

8.2.3 Evidens-baserad undersöknings- och vårdpraxis	Kärnindikatorer	Kompletterande indikatorer
Patient med bröstsmärta EKG	<ul style="list-style-type: none"> • Patient med bröstsmärta EKG taget ≤ 10 min (andel %) 	<ul style="list-style-type: none"> • EKG på grund av synkope hos patienter över 60 år • På hur stor del av synkope-patienter har tagits EKG i samband med jourbesök
Mätning och behandling av smärta	<ul style="list-style-type: none"> • Metod (t.ex.VAS-indikator, 0–10, ålder 13 år eller över) som används för att bedöma smärta (ja/nej) • Smärtlindring eller bedömning av vårdbehovet när smärtan är (t.ex.VAS-indikator, ålder 13 år eller över) ≥ 7 (andel %) 	
Trombolysbehandling av patient med hjärninfarkt	<ul style="list-style-type: none"> • CT-undersökning gjord ≤ 30 min från ankomsten (andel %) • Vårdresultat vid tre månader <ul style="list-style-type: none"> - symptomfri - inga väsentliga symptom - skada lindrig/måttlig/svår - död 	<ul style="list-style-type: none"> • Andelen patienter som har fått vård av alla patienter som omfattas av vården
Omedelbar ballongvidgning eller trombolys vid ST-höjningsinfarkt	<ul style="list-style-type: none"> • PCI-åtgärd vidtagen ≤ 90 min från ankomsten (andel %) • PCI-åtgärd vidtagen ≤ 120 min från larmet (andel %) • Trombolysbehandling ≤ 30 min från ankomsten till sjukhuset (andel %) 	
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom		<ul style="list-style-type: none"> • Kortikosteroider har getts eller ordinerats eller behovet har bedömts när tillståndet för en patient med akut kroniskt obstruktiv lungsjukdom försämrats (andel %) • Antibiotika har getts eller ordinerats eller behovet har bedömts när en akut obstruktiv lungsjukdom försämrats (andel %)
Bakteriell meningit		<ul style="list-style-type: none"> • Tid till insättning av antibiotika hos en patient med bakteriell meningit
Svår sepsis eller septisk chock		<ul style="list-style-type: none"> • I samband med sepsis/septisk chock har man följt upp laktatvärdet (andel %) • Mot svår sepsis/septisk chock har man gett bredspektrumantibiotika ≤ 4 h från ankomsten till jouren (andel %)
Bedömning av risken för emboli vid förmaksflimmer	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter med förmaksflimmer med risk för emboli hos vilka behov av antikoagulerande behandling har bedömts under jourbesöket och som inte sedan tidigare får motsvarande mediciner (andel %) 	

8.2.4 Resultat-indikatorer	Kärnindikatorer	Kompletterande indikatorer
Mortalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter som dött på jouren (andel %) • Jourpatienternas mortalitet inom 48 h (andel %) 	
Kostnader	<ul style="list-style-type: none"> • Totala kostnader/invånare i regionen (eur) för jourverksamheten • Genomsnittligt pris på ett jourbesök (eur) 	
Patienttillfredsställelse	<ul style="list-style-type: none"> • Patienttillfredsställelsen mäts regelbundet (ja/nej) <ul style="list-style-type: none"> - Medeltal (på skalan 1–5) - På skalan 1–5, andel i % som gett vitsordet 4 och 5 samt 1 och 2 	
Feldiagnoser och -bedömningar		<ul style="list-style-type: none"> • Inte observerade (andel %) <ul style="list-style-type: none"> - hjärtinfarkter - appendiciter - ektopiska graviditeter - subaraknoidalblödningar • Peritonit hos appendicitpatient som upptäckts under operation (andel %)
Intressentgruppernas tillfredsställelse		<ul style="list-style-type: none"> • På skalan 1–5, andel i % som gett vitsordet 4 och 5 samt 1 och 2
8.2.5 Riskhanterings- och säkerhetsindikatorer	Kärnindikatorer	Kompletterande indikatorer
Anmärkningar, besvär och klagomål	<ul style="list-style-type: none"> • Antal besvär och anmärkningar/1 000 patienter/år • Antal klagomål/1 000 patienter/år som anförts hos tillsynsmyndigheterna (regionförvaltningsverket, Valvira och riksdagens justitieombudsman) 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingstid för anmärkningar som lämnats av patienter eller anhöriga (dygn)
Övriga	<ul style="list-style-type: none"> • Arbetarskyddsplan finns (ja/nej) • Antal olycksfall i arbetet (inte exponeringar för blod, om dessa har rapporterats i kompletterande indikatorer) • Sjukfrånvaro/årsverke 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultat av mätningar av arbetstillfredsställelsen bland personalen • Antal exponeringar för blod/1 000 jourbesök/år • Anvisningar för infektionsskydd (användning av skydd, städning och desinfektion, desinfektion av universalutrustning för undersökning och behandling, placering av patienter) (ja/nej) • Vaccinationsprogram för personalen (ja/nej) • Åtgång på handdesinfektion • Miljöprogram finns (ja/nej)

8.2.6 Patient-säkerhets-indikatorer	Kärnindikatorer	Kompletterande indikatorer
	<ul style="list-style-type: none"> • Patientsäkerhetsplan finns (ja/nej) • Ansvarig person för patientsäkerheten finns (ja/nej) • Organisationens interna anmälningar av risksituationer för patientsäkerheten (t.ex. HaiPro) antal/år • (= utvecklingsindikator för patientsäkerhetskulturen) • Systematisk behandling av negativa händelser med personalen (ja/nej) • Systematisk rapportering vid mottagning av en patient från den prehospitla akutsjukvården (ja/nej) (exempel i bilaga 11.3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Antal patientskadeanmälningar/1 000 patienter/år • Antal ersatta patientsskadeanmälningar/1 000 patienter/år • Mängden patientsäkerhetssuttbildning (h) och täckning (% av personalen) • Antal anmälningar om biverkningar av läkemedel/år (Fimea) • Antal anmälningar om farliga situationer med anknytning till hälso- och sjukvårdsutrustning/år (Valvira) • Enkät om patientsäkerhetskultur (t.ex. med indikatorerna TUKU och HSOPSC) (ja/nej)

8.3 REVISION

Självvärdering. Kvaliteten och patientsäkerheten inom den prehospitla akutsjukvården och jourverksamheten i en organisation kan utvärderas årligen med hjälp av självvärdering. På den bifogade blanketten (bilaga 11.4) beskrivs exempel på självvärderingsobjekt för den prehospitla akutsjukvården och jourverksamheten. Personalen och cheferna utvärderar verksamheten enligt kriterierna på blanketten. Om verksamheten inte uppfyller kriteriernas kravnivå antecknas avvikelserna som en rekommendation om utveckling. Utvecklingsrekommendationerna samlas till en förteckning, de korrigerande åtgärderna prioriteras, ansvarsfördelningen och tidtabellerna för åtgärderna fastslås. Kvalitets- och säkerhetsbrister som patienten och personalen utsätts för åtgärdas omedelbart.

Regelbunden intern revision kan göras bland annat som en revision i kors av överenskomna funktioner eller processer. Revisorerna måste då känna till verksamhetsbetingelserna och principerna för revision.

Extern revision. Kvaliteten och patientsäkerheten inom den prehospitla akutsjukvården och jourverksamheten kan utvärderas med hjälp av extern revision, som använder certifierande kriterier för kvalitetsledning och metoder i samband med hela organisationens kvalitetsrevision. Revisorerna är kompetenta yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, som har fått utbildning för revision av kvalitetssystemet i fråga. En extern revision kan också göras utan certifiering. En lista med utvecklingsobjekt görs upp

av de kvalitetsbrister som uppdagats under en extern revision, utvecklingsåtgärderna prioriteras, och ansvarsfördelningen och tidtabellerna för åtgärderna fastslås. Kvalitets- och patientsäkerhetsbrister som patienten och personalen utsätts för åtgärdas omedelbart.

Processrevision. En processrevision av kvaliteten inom den prehospitaled akutsjukvården och jourverksamheten kan genomföras som en del av en organisations externa kvalitetsrevision/certifieringsrevision, så att man utöver processerna också granskar organisationens strukturella förutsättningar att ge högklassig vård. Organisationen kan också själv sköta revisionen av sina processer enligt överenskomna indikatorer (bilaga 11.1, exempel på processrevision av den prehospitaled akutsjukvården) och utfallet av målnivåerna, utan att hela organisationen genomgår en revision. I processrevisionen ingår också en granskning av hur processen fungerar ur patientens synvinkel. En lista med utvecklingsobjekt görs upp av kvalitetsbristerna i processrevisionen, utvecklingsåtgärderna prioriteras, och ansvarsfördelningen och tidtabellerna för åtgärderna fastslås. Kvalitets- och patientsäkerhetsbrister som patienten utsätts för åtgärdas omedelbart.

9 ÅTGÄRDER SOM KORRIGERAR KVALITETEN OCH PATIENTSÄKERHETEN (ACT – KORRIGERA)

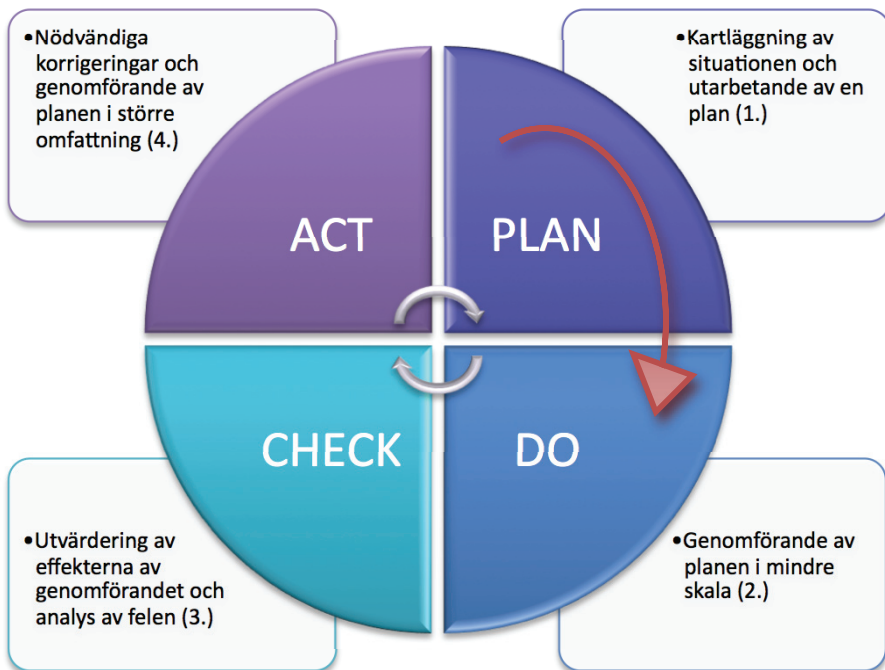
- SAMT UPPDATERING AV PLANER/ANVISNINGAR/
METODER

Kvalitets- och patientsäkerhetsplanen beskriver de olika skedena i utvecklingen av en organisations kvalitet och patientsäkerhet som helhet. Planen uppdateras enligt överenskommelse av den ansvariga personen.

En viktig princip för kvalitets- och patientsäkerhetsledningen är en kontinuerlig systematisk utveckling och förbättring av verksamheten. Detta betonas i bland annat förordningen om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses. Utvecklingen grundar sig på egenkontroll, självvärdering, material som stöder sig på intern eller extern revision och material som samlats in med hjälp av indikatorer som fastställts för organisationen. Utvecklingen sker genom att man drar nytta av PDCA-cykeln för utveckling av kvaliteten (bild 1.). Korrigeringsbehovet prioriteras med hjälp av riskklassifikation av både kvaliteten och patientsäkerheten. Tidsmässigt passas de olika skedena i kvalitets- och patientsäkerhetsledningen in i organisationens/enhetens årsklocka. En utvecklingsplan görs upp för utvecklingsobjekten, inklusive utvecklingsmål, ansvariga personer och tidtabeller. På motsvarande sätt inkluderas också de åstadkomna resultaten i årsredovisningen (om organisationen gör upp en sådan).

Om organisationen använder ett kvalitetsledningssystem krävs att tidtabellen och metoderna följer systemet. Kvaliteten och patientsäkerheten ska utvärderas och korrigerande åtgärder vidtas minst en gång om året i samband med budgetarbetet. Händelser/metoder och utrustning som är skadliga för patienten/klienten och personalen ska korrigeras omedelbart. Inom organisationen fastställs ansvariga personer i kvalitetsdokumenten för såväl korrigerande åtgärder som uppdatering av planer/anvisningar och metoder.

Bild 1. PDCA-cykeln



C. LITTERATUR OCH BILAGOR

10 LITTERATUR

Central litteratur

1. Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (red.) Potilasturvallisuuden perusteet. Kustannus Oy Duodecim, 1:a upplagan 2013.
2. Bigham, B. L., Morrison, L. J., Maher, J., Brooks, S. C., Bull, E., Morrison, M., Burgess, R., Atack, L. & Shojania, K. (2010) Patient Safety in Emergency Medical Services. Advancing and Aligning the Culture of Patient Safety in EMS. Canadian Patient Safety Institute. www.patient-safetyinstitute.ca.
3. Emergency Medical Services Performance Measures. Recommended Attributes and Indicators for System and Service Performance. U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration 2009. www.nhtsa.gov.
4. EMS System Performance Measurement. Operations Manual. International association of fire fighters and international association of fire chiefs 2003. <http://www.iaff.org/tech/PDF/EMSSystemPerformanceMeasurement.pdf>
5. Graff, L., Stevens, C., Spaite, D. & Foody, J. (2002) Measuring and improving quality in emergency medicine. *Acad Emerg Med*, 9(11), 1091–1107.
6. Lillrank, P. (2003) Laatuajattelu: Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Otava, Helsingfors.
7. Lindsay, P., Schull, M., Bronskill, S. & Anderson, G. (2002) The development of indicators to measure the quality of clinical care in emergency departments following a Modified-Delphi approach. *Acad Emerg Med*, 9(11), 1131–1139.
8. Mazen, J. El Sayed (2012) Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators. *Emergency Medicine International*, Article ID 161630, 7 p.
9. Myers, J. B., Slovis, C. M., Eckstein, M., Goodloe, J. M., Isaacs, S. M., Loflin, J. R., Mechem, C. C., Richmond, N. J. & Pepe, P. E. (2008) Evidence-based performance measures for emergency medical services system: a model for expanded EMS benchmarking. *Prehosp Emerg Care*, 12 (2), 141–51.
10. Handbok om patientsäkerhet. THL Opas 20, Institutet för hälsa och välfärd 2012.
11. Schull, M. J., Guttman, A., Leaver, C. A., Vermeulen, M., Hatcher, C. M., Rowe, B. H., Zearenstein, M. & Anderson, G. M. (2011) Prioritizing performance measurements for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators. *CJEM*, 13 (5), 300–309.

12. Social- och hälsovårdsministeriets handbok Säker läkemedelsbehandling, handbok 2007:15
13. Social- och hälsovårdsministeriets handbok Sosiaali- ja terveysministeriön opas potilasasiakirjojen laatimisesta ja käsittelystä 2012:4 (Upprättande och hantering av journalhandlingar. Handbok för hälso- och sjukvården.)
14. Social- och hälsovårdsministeriets handbok Servicenivån för den prehospitla akutsjukvården. Anvisning för sjukvårdsdistrikten för uppgörande av beslut om servicenivån för den prehospitla akutsjukvården, 2011:17
15. Sørup, C. M., Jacobsen, P. & Forberg, J. L. (2013) Evaluation of emergency department performance – a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 21, 62.
16. Terveidenhuollon laatuopas. (Kvalitetshandbok för hälso- och sjukvården.) Kommunförbundets webbpublikation. Finlands Kommunförbund, 2011. http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf
17. Hälso- och sjukvårdslagen 2011: <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Fördjupande litteratur

1. Baker, D. W., Stevens, C. D. & Brook, R. H. (1991) Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by the physician: causes and consequences. *JAMA*, 266(8), 1085–1090.
2. Bernstein, S. L., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., McCarthy, M., McConnel, J., Pines, J. M., Rathley, N., Schafermeyer, R., Zwemer, F., Schull, M. & Asplin, B. R. (2009) The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med*, 16(1), 1–10.
3. Bigham, B. L., Buick, J. E., Brooks, S. C., Morrison, M., Shojania, K. G. & Morrison, L. J. (2012) Patient safety in emergency medical services: A systematic review of the literature. *Prehosp Emerg Care*, 16(1), 20–35.
4. Bigham, B. L., Bull, E., Morrison, M., Burgess, R., Maher, J., Brooks, S. C. & Morrison, L. J. (2011) Patient safety in emergency medical services: executive summary and recommendations from the Niagara Summit. *CJEM*, 13(1), 13–8.
5. Caldwell, J. A., Mallis, M. M., Caldwell, J. L. Paul, M. A., Miller, J. C. & Neri, D. F. (2009) Fatigue countermeasures in aviation. *Aviation, Space and Environmental Medicine*, 80(1), 29–59.

6. Canadian Medical Protective Association. Communicating with your patient about harm: disclosure of adverse events. Ottawa: CMPA, 2008. www.cmpa-acpm.ca.
7. Chan, A. W., Kornder, J., Elliott, H., Brown, R. I., Dorval, J. F., Charania, J., Zhang, R., Ding, L., Lalani, A. Kuritzky, R. A. & Simkus, G. J. (2012) Improved Survival Associated With Pre-Hospital Triage Strategy in a Large Regional ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Program. *JACC Cardiovasc Interv*, 5(12), 1239–46.
8. Chan, T. C., Killeen, J. P., Kelly, D. & Guss, D. A. (2005) Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. *Ann Emerg Med*, 46(6), 491–497.
9. Cole, M. (2011) Patient safety and healthcare-associated infection. *Br J Nurs*, 20(7), 1122, 1124–6.
10. Considine, J. & Botti, M. (2004) Who, when and where? Identification of patients at risk of an in-hospital adverse event: Implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, 10(1), 21–31.
11. Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N. & Vincent, C. A. (2007) Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, 10(3), 259–267.
12. Deilkås, E. T. (2011) Report from a national medical record review using the Global Trigger Tool. Report from the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo.
13. De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G. & Van Bogaert, P. (2013) SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*, Sep 84(9), 1192–6.
14. Docimo, A. B., Pronovost, P. J., Davis, R. O., Concordia, E. B., Gabrish, C. M., Adessa, M. S. & Bessman, E. (2000) Using the online and offline change model to improve efficiency for fast track patients in an emergency department. *Jt Comm J Qual Improve*, 26(9), 503–514.
15. Dunsford, J. (2009) Structured communication - improving patient safety with SBAR. *Nursing for women's health*, 15(5), 384–390.
16. Vi främjar patientsäkerheten tillsammans. Den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009–2013. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2009:4.
17. Farrohknia, N., Castren, M., Ehrenberg, A., Lind, L. Oredsson, S., Jonsson, H., Asplund, K. & Göransson, K. E. (2011) Emergency department triage scales and their components: A systematic review of the scientific evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 19(42), 19–42.
18. Fernandes, C. M., Price, A. & Christenson, J. M. (1997) Does reduced length of stay decrease the number of emergency department patients who leave without seeing a physician? *J Emerg Med*, 15(3), 397–9.

19. Flin, R. H., O'Connor, P. & Crichton, M. (2008) *Safety at the sharp end: A guide to nontechnical skills*. Ashgate Publishing, Ltd.
20. Flin, R., Burns, C., Mearns, K. Yule, S. & Robertson, E. M. (2006) Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 15, 109–115.
21. Flink, A-L., Reiman, T. & Hiltunen, M. (2007) *Heikoin lenkki? Riskienhallinnan inhimilliset tekijät*. Edita Publishing Oy.
22. Full Disclosure Working Group. When things go wrong: responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard Hospitals. Boston, Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, 2006. <http://www.macoalition.org/documents/respondingToAdverseEvents.pdf>
23. Gallagher, T. H., Studdert, D. & Levinson, W. (2007) Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med*, 356(26), 2713–19.
24. Guttman, A., Schull, M. J., Vermeulen, M. J. & Stukel, T. A. (2011) Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: Population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*, 342.
25. Haynes, A. B., Weiser, T. G. Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. S., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C. M., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B. & Gawande, A. A. (2009) A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med*, 360(5), 491–9.
26. Helmreich, R. L. (2000) On error management: lessons from aviation. *BMJ*, 320(7237), 781–5.
27. Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. (2011) *Potilas-turvallisuus*. Fioca Oy.
28. Heyworth, J. (2011) Emergency medicine – quality indicators: the United Kingdom Perspective. *Acad Emerg Med*, 18(12), 1239–1241.
29. Ikkersheim, D. & van de Pas, H. (2012) Improving the quality of emergency medicine care by developing a quality requirement framework: a study from The Netherlands. *Int J Emerg Med*, 5(1), 20.
30. Jacobs, I., Nadkarni, V., Bahr, J., Berg, R. A., Billi, J. E., Bossaert, L., Cassan, P., Coovadia, A., D'este, K. & Finn, J. (2004) Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries. A statement for health care professionals from a task force of the international liaison committee on resuscitation. *Resuscitation*, 63(3), 233–249.
31. Järvelin, J., Haavisto, E. & Kaila, M. (2010) *Potilasturvallisuuden kustannukset*. *Suomen Lääkärilehti*, 65, 1123–27.
32. Johnson, J. K., Horowitz, S & Miller, S. (2008) *Systems-Based Practice: Improving the Safety and Quality of Patient Care by Recognizing and Improving the Systems in Which We Work*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

33. Karjalainen, T. & Karjalainen, E. 2000. Laatujohtamisoppien (TQM) soveltaminen PK-yritykseen. Hollola. Salpausselän kirjapaino Oy.
34. Kärki, T., Meriö-Hietaniemi, I., Möttönen, T., Ruutu, P., Lyytikäinen, O. (2010) Sairaalainfektioiden torjunta vaatii jatkuvaa ponnistelua. Suomen Lääkärilehti, 65, 3036–41.
35. Kruger, A. J., Lockey, D., Kurola, J., Di Bartolomeo, S., Castren, M., Mikkelsen, S. & Lossius, H. M. (2011) A consensus-based template for documenting and reporting in physician-staffed pre-hospital services. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 71.
36. Kuisma, M., Määttä, T., Hakala, T., Sivula, T. & Nousila-Wiik, M. (2003) Customer satisfaction measurement in emergency medical services. *Acad Emerg Med*, 10(7), 812–815.
37. Kommunförbundets avtalsmall för prehospitaal akutsjukvård (2012): http://www.kommunerna.net/sv/kommunforbundet/cirkular-utlattan-den/cirkular/2012/c12802012/01_Cirkular_12802012.pdf
38. Kurtz, S. M, Silverman, J. & Draper, J. (2005) Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford, Radcliffe Publishing.
39. Lazare, A. (2006) Apology in medical practice: an emerging clinical skill. *JAMA*, 296(11), 1401–4.
40. Lighter, D. & Fair, D. C. (2004). Quality management in Health Care. Principles and Methods, second edition. USA, Jones and Bartlett Publishers, Inc.
41. National Patient Safety Agency NPSA. Seven steps to patient safety. The full reference guide, 2004. <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/improvingpatientsafety/7steps>.
42. NHS, Office of the Strategic Health Services (2009) A comparative review of international ambulance service best practice. Emergency Services Review.
43. O'Meara, P. (2005) A generic performance framework for ambulance services: an Australian health services perspective. *Australasian Journal of Paramedicine*, 3(3), 4.
44. Pasternack, A. & Kinnunen, M. (2010) Kun haitta on sattunut, on anteeksipyyntö aika. Suomen Lääkärilehti, 65(22), 2026–2030.
45. Pasternack, A. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 2006, 122(20), 2459–70.
46. Patterson, P. D., Weaver, M. D., Frank, R. C., Warner, C. W., Martin-Gill, C., Guyette, F. X., Fairbanks, R. J., Hubble, M. W., Songer, T. J., Callaway, C. W, Kelsey, S. F. & Hostler, D. (2012) Association between poor sleep, fatigue and safety outcomes in emergency medical services providers. *Prehosp Emerg Care*, 16(1), 86–97.
47. Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. (red.) Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakes rapporter 38/2008. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76850/R38-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>

48. Pesonen, H. (2007) Laatus! Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Infor Oy.
49. Pham, J. C., Kirsch, T. D., Hill, P. H., De Ruggerio, K. & Hoffmann, B. (2011) Seventy-two-hour returns may not be a good indicator of safety in the emergency department: A national study. *Acad Emerg Med*, 18(4), 390–397.
50. Price, R., Bendall, J. C., Patterson, J. & Middleton, P. M. (2013) What causes adverse events in prehospital care? A human-factors approach. *Emerg Med J*, 30 (7), 583–8.
51. Pronovost, P., Weast, B., Rosenstein, B., Sexton, B. J., Holzmueller, C. G., Paine, L., Davis, R. & Rubin, H. R. (2005) Implementing and validating a comprehensive unit based safety program. *J Patient Saf*, 1(1), 33–40.
52. Ranji, S. R. & Shojania, K. G. (2008) Implementing patient safety interventions in your hospital: What to try and what to avoid. *Med Clin North Am*, 92(2), 275–293.
53. Ruuhilehto, K. & Knuuttila, J. Terveystienhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto 2008. (Ibрукtagande av ett rapporteringssystem för farosituationer inom hälso- och sjukvården) Social och hälsovårdsministeriets utredningar, 2008:16, Helsingfors.
54. Ruuhilehto, K., Kaila, M. Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. (2011) HaiPro – millaisista vaaratapahtumista tervetystenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009? *Duodecim*, 127(10), 1033–40.
55. Simpson, N., Bartley, B., Corfield, A. R. & Hearn, S. (2012) Performance measurement in British Helicopter Emergency Medical Services and Australian Air Medical Services. *Emerg Med J*, 29(3), 243–6.
56. Singer, A. J., Thode, H. C. Jr., Viccellio, P. & Pines, J. M. (2011) The association between length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med*, 18(12), 1324–1329.
57. Soop, M., Fryksmark, U., Köster, M. & Haglund, B. (2009) The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care*, 21(4), 285–291.
58. Spaite, D. W., Bartholomeaux, F., Guisto, J., Lindberg, E., Hull, B., Eyherabide, A., Lanyon, S., Criss, E. A., Valenzuela, T. D. & Conroy, C. (2002) Rapid process redesign in a university-based emergency department: decreasing waiting time intervals and improving patient satisfaction. *Ann Emerg Med*, 39(2), 168–77.
59. Stock, L. M., Bradley, G. E., Lewis, R. J., Baker, D. W., Sipsey, J. & Stevens, C. D. (1994) Patients who leave emergency departments without being seen by a physician: magnitude of the problem in Los Angeles County. *Ann Emerg Med*, 23(2), 294–298.
60. Takala, R. S., Pauniah, S. L., Kotkansalo, A., Helmiö, P., Blomgren, K., Helminen, M., Kinnunen, M., Takala, A. Aaltonen, R., Katila, A. J., Peltomaa, K. & Ikonen, T. S. (2011) A pilot study of the implementation of WHO surgical checklist in Finland: improvements in activities and communication. *Acta Anaesthesiol Scand*, 55(10), 1206–14.

61. The Australian Council for Safety and Quality in Health Care. National Patient Safety Education Framework 2005, 170–192. <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/06/National-Patient-Safety-Education-Framework-2005.pdf>
62. Thompson, J. E., Collett, L. W., Langbart, M. J., Purcell, N. J., Boyd, S. M., Yuminaga, Y. Ossolinski, G., Susanto, C. & McCormack, A. (2011) Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgrad Med J*, 87(1027), 340–4.
63. Vincent, C. (2007) Incident reporting and patient safety. *BMJ*, 334(7584), 5156.
64. Vincent, C. Patient Safety, 2nd Edition. London, Blackwell, 2010
65. Virtanen, P. & Wennberg, M. (2007) Prosessijohtaminen julkishallinnossa, Edita.
66. Weaver, M. D., Wang, H. E., Fairbanks, R. J. & Patterson, D. (2012) The association between EMS workplace safety culture and safety outcomes. *Prehosp Emerg Care*, 16(1), 43–52.
67. White, A. L., Armstrong, P. A. & Thakore, S. (2010) Impact of senior clinical review on patient disposition from the emergency department. *Emerg Med J*, 27(4), 262–265.
68. WHO Patient Safety Curriculum Guide. Multi-professional edition 2011, World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf

Författningar

<http://www.stm.fi/sv/publikationer>

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/>

Finlands grundlag (731/1999)

Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992)

Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994)

Förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (564/1994)

Lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989)

Folkhälsolagen (66/1972)

Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010)

Lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992)

Lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990)

Förordningen om privat hälso- och sjukvård (744/1990)

Lagen om elektroniska recept (61/2007)

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om förskrivning av läkemedel (1088/2010)

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om uppgörande av en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses (341/2011)

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospital akutsjukvård (340/2011)

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om grunderna för brådskande vård och villkoren för jour inom olika medicinska verksamhetsområden; jourförordningen (652/2013)

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009)

Statsrådets förordning om planer för ordnande av hälso- och sjukvård och om avtal om ordnande av specialiserad sjukvård (337/2011)

Patientskadelagen (585/1986)

II BILAGOR

II.1 EXEMPEL PÅ PROCESSREVISION FÖR DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN (SE KAP. 8.3)

Allmänna indikatorer för alla nyckelprocesser	
Exempel: indikatorer för den prehospitala akutsjukvården i samband med processrevision	
	<ul style="list-style-type: none"> • Insattider som fastställts i beslutet om servicenivån • Utfall av undersökning och prehospital akutsjukvård jämfört med vårdanvisningen eller, om vårdanvisning saknas, jämfört med den fortbildning som getts • Utfall av val av vårdplats jämfört med vårdhänvisningen • Utfall av X-koder (är de säkra och har de använts när de borde användas) • Ändamålsenliga anteckningar i patientjournalen (utredning kräver en strukturell patientjournal och tillhörande rapporteringsprogram)
Processspecifika indikatorer	
Stroke	<ul style="list-style-type: none"> • Den prehospitala akutsjukvårdens förmåga att fastställa att patienter för vilka man bör överväga trombolysbehandling hör till transportprioritering B • Tid (min) mellan larm och ankomst till jouren i gruppen för transportprioritering B • Blodsockermätning • Förhandsanmälan till mottagande sjukhus
Andnings-svårigheter	<ul style="list-style-type: none"> • Korrigering av hypoxi (syresaturation $\geq 95\%$ och COPD hos patienterna 88–92 %) • Normalisering av andningsfrekvensen
Bröstmärta	<ul style="list-style-type: none"> • Andel patienter med bröstmärta för vilka EKG har registrerats (ålder över 35 år och smärta som eventuellt härrör från hjärtat eller icke-traumatisk smärta) • Tid (min) från att man nått patienten till registreringen av första EKG • Andel patienter som fått acetylsalicylsyra (ålder över 35 år och smärta som eventuellt härrör från hjärtat eller icke-traumatisk smärta) • Smärtlindring (på skala 0-10) • Vid STEMI tid mellan larm och inledd trombolysbehandling (STEMI som får trombolysbehandling i prehospital akutsjukvård) samt tid mellan larm och överlämnande av patienten till PCI-sjukhus (patienter som får PCI-vård)
Hjärtstillestånd	<ul style="list-style-type: none"> • Tid från larm till målet för första enheten och vårdenheten (median och 90-percentil eller IQR) • Uppgifter enligt Utsteins rekommendationer för datainsamling (närmare information i litteraturhänvisningen)
Förgiftning	<ul style="list-style-type: none"> • Administration av medicinskt kol • Tid från larm till administration av medicinskt kol (min)
Kramp	<ul style="list-style-type: none"> • Tid från larm till insatt läkemedelsbehandling (min) hos patienter som kräver läkemedelsbehandling • Tid från insatt läkemedelsbehandling till slutet av (sista) kramp (min)
Hypoglykemi	<ul style="list-style-type: none"> • Normalisering av medvetandegrad (andel av patienterna med GCS 15 vid senaste mätning) • Normalisering av blodsockret (andel av patienterna med blodsockervärdet 4–10 mmol/l vid senaste mätning) • Andelen insulinbehandlade diabetiker som får vård på ort och ställe (X-8)
Högenergiskada	<ul style="list-style-type: none"> • Andel patienter som primärt transporterats till ett traumacenter av alla patienter som uppfyller kriterierna för hänvisning till ett traumacenter • Förhandsanmälan till mottagande sjukhus • Tid från larm till ankomsten till ett traumacenter (min)

11.2 EXEMPEL PÅ MÄTNING AV PATIENTTILLFREDSSTÄLLELSEN INOM DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN

NÖDSAMTALET RINGDES AV

Patienten själv ☐ En närstående/vän ☐ En utomstående ☐

KÖN

Jag är man ☐ kvinna ☐

ÅLDER år

Svara på frågorna med anknytning till följande delområden på följande sätt: 1=mycket dålig, 2=dålig, 3=hyfsad, 4=bra, 5=mycket bra, 0=gäller inte mig

Nödcentralen

SVARSTID PÅ NÖDSAMTALET

Hur snabbt man svarade på samtalet

5 4 3 2 1 0
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

UTSKICKANDE

Tid till att skicka hjälp

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

TELEFONANVISNINGAR FÖR FÖRSTA HJÄLPEN

Omfattningen av anvisningarna för första hjälpen som gavs per telefon

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

BEMÖTANDE

Nödcentraloperatörens uppträdande och bemötande

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

INFORMATION

Nödcentraloperatörens förmåga att ge den information jag behövde under mitt nödsamtal

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Prehospital akutsjukvård

VÄNTETID

Den tid som gick innan hjälpen anlände

5 4 3 2 1 0
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

AKUTVÅRDARENS YRKESSKICKLIGHET

Akutvårdarens förmåga att identifiera mitt problem och färdighet att vidta vårdåtgärder på ett smidigt sätt

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

VAL AV FORTSATT VÅRDPLATS

Akutvårdarens förmåga att välja rätt vårdplats

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

BEAKTANDE AV INDIVIDUELLA BEHOV

Akutvårdarens förmåga att beakta mina individuella behov

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

INFORMATION

Akutvårdarens förmåga att ge den information jag behövde under undersökningen och vården

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ANVISNINGAR FÖR FORTSATT VÅRD (Om ni inte fördes till sjukhus)

Akutvårdarens anvisningar om vården

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

BEMÖTANDE

Akutvårdarens uppträdande och bemötande

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

KLÄDSEL

Akutvårdarens klädsel och klädernas skick

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

IDENTIFIERING OCH PRESENTATION

Akutvårdarens sätt att presentera sig och sin organisation

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

TRYGGHETSKÄNSLA

Akutvårdarens förmåga att skapa trygghet

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

AMBULANSENS TRIVSAMHET OCH FUNKTIONSDUGLIGHET

Jag ansåg att

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

BEAKTANDE AV DE ANHÖRIGA

Akutvårdarens förmåga att beakta mina anhöriga

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**SMÄRTLINDRING** (Om ni hade smärtor)

Smärtlindringens tillräcklighet

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐**Bedömning av servicen som helhet**

Om ni i framtiden behöver prehospita akutsjukvård, vad är då sannolikheten att ni kommer att använda vår organisation?

5	4	3	2	1	0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om ni svarat dålig eller mycket dålig, kan ni vänligen tala om varför?

HUR BEDÖMER NI ER UPPLEVELSE AV DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN SOM HELHET?

Den prehospita akutsjukvårdens effekt (1=Servicen som jag fick hjälpte mig inte alls, 2=hjälpte mig i viss mån, 3=hjälpte mig hyfsat, 4=hjälpte mig mycket, 5=Servicen som jag fick hjälpte mig väldigt mycket)

☐

Fritt formulerad respons till serviceproducenten

11.3 EXEMPEL PÅ RAPPORTERINGSMODELLEN ISBAR

I samband med rapporteringen inom den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten är det en god idé att använda en etablerad rapporteringsmodell, exempelvis ISBAR-modellen. Då blir rapporteringen gjord på samma sätt i brådskande och icke-brådskande situationer och rapporteringen blir en standardiserad funktion (SOP = standardised operational procedure).

ISBAR för den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten: flyttning av en patient från prehospital akutsjukvård till jourverksamhet

Akutvårdspersonal

1. Kontrollera detaljerna kring överlämnandet av patienten före ankomsten till juren
2. Efter ankomsten till juren ordnas cirka en minut lugn tid för rapportering av ISBAR-uppgifter medan patienten väntar bredvid
3. Uppmuntra jourpersonalen att fråga efter ytterligare uppgifter och se till att samförstånd har nåtts
4. Den ena akutvårdaren stannar hos patienten under hela överlämnandet

Jourpersonal

1. Se till att mottagandet av patienten är lugnt
2. Ställ frågor senast efter att ISBAR-rapporten har lämnats
3. Observera patienten under ISBAR-rapporteringen
4. Se till att utse en ansvarig person

Identify <i>Patientens uppgifter</i>	<ul style="list-style-type: none">• Patientens namn och ålder (personbeteckning)
Situation <i>Situationens uppgifter</i>	<ul style="list-style-type: none">• Patientens sjukdom eller skada och hur den har uppkommit• Orsaken till att patienten kommit till juren
Background <i>Patientens bakgrundsuppgifter</i>	<ul style="list-style-type: none">• Väsentliga tidigare sjukdomar, behandlingar och problem• Allergier, (läkemedelsbehandling), smittsamma sjukdomar• Annan väsentlig information
Assessment <i>Bedömning av nuläget</i>	<ul style="list-style-type: none">• Detaljerad information om (vitala) livsfunktioner: luftväg, andning, blodcirkulation, medvetande och andra väsentliga observationer med anknytning till patientens tillstånd
Recommendation <i>Akutvårdarens rekommendation</i>	<ul style="list-style-type: none">• Patienten överförs till jurens ansvar• Akutvårdarens rekommendation om omedelbara åtgärder vid juren

(Omarbetat från resultaten av projektet för överlämnande av en patient till juren: ledema, R. and Ball, C. (2010) NSW Ambulance/ Emergency department Handover Project Report. Sydney: NSW Health & UTS Centre for Health Communication.)

11.4 EXEMPEL PÅ SJÄLVVÄRDERINGSMODELL INOM DEN PREHOSPITALA AKUTSJUKVÅRDEN OCH JOURVERKSAMHETEN

Frågorna är baserade på EFQM-modellen (European Foundation of Quality Management). För självvärderingen behöver man utöver frågorna också fördjupa sig i utvärderingsmetoden och få anvisningar för poängsättning.

Blankettmall för frågor som ska användas för självvärdering av en organisation – Prehospital akutsjukvård och jourverksamhet				
LEDARSKAP				
I A Vad gör cheferna för att klarlägga för verksamhetsenheten vad dess grundläggande uppgift är och för att främja organisationens verksamhetsidé, vision och värden?		Ja	Nej	%
1	Har organisationen fastställt värden för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten?			
2	Har organisationen fastställt en vision för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten?			
3	Har organisationen gjort upp en strategi för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten?			
4	Har organisationen gjort upp en verksamhetsplan för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten?			
5	Har organisationen en klar och tydlig organisation för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten?			
6	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten deltar personligen i förbättringen av verksamheten och fungerar som förebild			
I B Vad gör ledningen för att fastställa, följa upp, utvärdera och främja förbättringen av organisationens ledningssystem och prestanda?		Ja	Nej	%
1	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten använder resultatindikatorer			
2	Beslutsfattandet inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten grundar sig på faktabaserad, tillförlitlig information			
3	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten analyserar sin egen verksamhet i samarbete med den som beställer servicen/den som har ansvaret för ordnandet			
4	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten deltar i sina serviceproducenters strategiska planering			
5	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten utvärderar regelbundet sin egen verksamhet (t.ex. 360-värdering)			
6	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten mäter regelbundet intressentgruppernas tillfredsställelse			
7	Personalen inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har tydliga arbetsuppgifter			
8	Personalen inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har tydliga mål			
9	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten håller regelbundet utvecklingsmöten			
10	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har beredskap för särskilda situationer som kan uppstå under normala förhållanden			
11	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har beredskap för verksamhet under undantagsförhållanden			

I C Hur fungerar cheferna i interaktionen med externa intressentgrupper?		Ja	Nej	%
1	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten håller regelbunden kontakt/möten mellan den som beställer servicen och serviceproducenten			
2	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten analyserar sin egen verksamhet i samarbete med den som beställer servicen/den som har ansvaret för ordnandet			
3	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten samarbetar aktivt med andra myndigheter (polisen, nödcentralen, räddningsväsendet m.m.)			
4	Den prehospitala akutsjukvårdens/jourverksamhetens organisation deltar aktivt i den nationella utvecklingsverksamheten (bl.a. arbetsgrupper, seminarier)			
5	Den prehospitala akutsjukvårdens/jourverksamhetens organisation deltar aktivt i den internationella utvecklingsverksamheten (bl.a. arbetsgrupper, seminarier)			
6	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten deltar aktivt i den nationella produkt- eller serviceutvecklingen inom branschen			
7	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten tar i bruk verksamhetskoncept som uppmuntrar personalen, samarbetsparterna, klienterna och samhället att skapa nya idéer och innovationer			
I D Vad gör cheferna för att stärka en kultur som främjar förträfflighet tillsammans med personalen?		Ja	Nej	%
1	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten stöder uppkomsten och utvecklingen av nya idéer och modeller som uppmuntrar till innovation och utveckling av organisationen			
2	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten säkerställer att personalen har tillfälle att påverka sin egen och organisationens framgång			
3	Man håller utvecklingssamtal inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten			
4	I utvecklingssamtalen med personalen beaktas ärenden inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten			
5	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten informerar personalen om viktiga ärenden			
6	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten är tillgänglig för och har god kontakt med personalen			
7	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten uppmuntrar personalen att utveckla sitt eget arbete			
8	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten används motivationstillägg, prestationslön och andra metoder för att belöna och visa uppskattning			
I E Hur säkerställer ledningen att organisationen är flexibel och genomför förändringar effektivt?		Ja	Nej	%
1	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten visar sin förmåga att fatta kloka och rättidiga beslut utifrån tillgänglig information och tidigare erfarenhet samt genom att bedöma konsekvenserna av besluten			
2	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten använder verktyg för att identifiera ändringsbehov (statistikföringssystemet, HaiPro, m.m.)			
3	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten identifierar interna behov (t.ex. personalsituationen eller utvecklingen av praxis)			
4	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten informerar personalen om arbetsgivarens mål för hela organisationen och grunderna för dessa			
5	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten allokerar resurser för långsiktiga behov			

STRATEGI				
2 A På vilket sätt grundar sig strategin på att förstå såväl intressentgruppernas behov och förväntningar som verksamhetsbetingelserna?		Ja	Nej	%
1	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten samlar information om intressentgruppernas behov och förväntningar samt om ändringar i dessa som referensmaterial för utvecklingen av strategin och verksamhetsprinciperna			
2	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten mäter regelbundet intressentgruppernas tillfredsställelse			
3	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten mäter regelbundet patienttillfredsställelsen			
4	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten använder ett system för klientrespons			
5	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten använder metoder för att bemöta patienter av olika nationaliteter och med olika kulturell bakgrund			
6	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten följer aktivt utvecklingen av samhällsstrukturen inom sin egen region			
2 B På vilket sätt grundar sig strategin på att förstå den interna prestandan och förmågorna?		Ja	Nej	%
1	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten genomför regelbundet självvärdering			
2	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten använder många olika indikatorer för att analysera den operativa prestandans utvecklingsriktningar, kärnkompetenserna och resultaten			
3	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten följer aktivt den internationella och nationella forskningen inom sin egen bransch			
4	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten följer utvecklingen inom medicinen och anpassar sin vårdpraxis efter den			
5	Den prehospitala akutsjukvårdens/jourverksamhetens verksamhet grundar sig på de medicinska anvisningar och vårdanvisningar som den som beställer servicen/den som har ansvaret för ordnandet har gett (ingår i avtal och skriftliga anvisningar m.m.)			
2 C Hur utvecklas, utvärderas och uppdateras strategin och de verksamhetsprinciper som stöder den?		Ja	Nej	%
1	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten skapar och upprätthåller en strategi			
2	En verksamhetsplan utarbetas regelbundet tillsammans med den som beställer servicen/den som har ansvaret för ordnandet			
3	En verksamhetsplan utarbetas regelbundet tillsammans med personalen			
4	Verksamhetsplanen utvärderas regelbundet			
5	Olika personer har utsetts för uppgifterna och ansvaret enligt verksamhetsplanen och man följer upp hur uppgifterna utförs			
2 D Hur kommuniceras, genomförs och uppföljs strategin och de verksamhetsprinciper som stöder den?		Ja	Nej	%
1	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten fastställer vilka resultat man eftersträvar och nyckeltal för prestandan samt ställer upp mål			
2	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten beskrivs en plan för kompetenshantering, verksamheten genomförs utifrån planen och följs upp			
3	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten beskrivs en plan för materialhantering, verksamheten genomförs utifrån planen och följs upp			
4	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten beskrivs en plan för ekonomiförvaltning, verksamheten genomförs utifrån planen och följs upp			

PERSONAL				
3 A Hur stöder personalplanerna organisationens strategi?		Ja	Nej	%
1	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten beskrivs en plan för personalförvaltning, verksamheten genomförs utifrån planen och följs upp			
2	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har man utarbetat en arbetarskyddsplan (riskbedömning, anvisningar m.m.)			
3	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten inkluderar personalen och dess företrädare i utvecklingen och utvärderingen av personalstrategin, verksamhetsprinciperna och -planerna			
4	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten används vårdanvisningar			
5	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten används operativa anvisningar (kommunikation, arbetarskydd m.m.)			
6	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten mäter regelbundet personaltillfredsställelsen			
3 B Hur utvecklas personalens kunskaper och kompetens?		Ja	Nej	%
1	En plan för kompetenshantering utarbetas regelbundet tillsammans med den som beställer servicen/den som har ansvaret för ordnandet			
2	Planen för kompetenshantering grundar sig på analys av kompetensbehovet (testning, avvikelser, prestationer, personalens önskemål m.m.)			
3	Kompetensen hos personalen inom den prehospitala akutsjukvården på basnivå utvärderas regelbundet			
4	Kompetensen hos personalen inom den prehospitala akutsjukvården på vårdnivå utvärderas regelbundet			
5	Inom den prehospitala akutsjukvården genomförs eller möjliggörs arbetsrotation bland personalen			
6	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten ordnar regelbundet skiftutbildning			
7	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten ordnar regelbundet systematisk fortbildning			
8	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten stöder personalens yrkesinriktade tilläggutbildning (t.ex. yrkeshögskoleexamen för akutvårdare, högre yrkeshögskoleexamen)			
9	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten ordnar inskolning för ny personal i enlighet med inskolningsplanen			
10	Deltagandet i utbildning följs upp			
11	Personalens prestationer följs upp och används som en del av utvecklingen i yrket			
12	Organisationen har en metod som används för att behandla avvikelser och informera personalen om dem med hjälp av kompetenshantering			
3 C På vilket sätt styr man personalen mot målen samt engagerar och befullmäktigar den?		Ja	Nej	%
1	Personalen inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har ett system för att lämna idéer och initiativ (internt system för initiativ och respons)			
2	Personalen inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten engageras i utveckling, anskaffningar, projektgrupper m.m.			

3 D Hur kan personalen föra en effektiv dialog i hela organisationen?		Ja	Nej	%
1	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten håller regelbundna möten för att utveckla verksamheten			
2	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten informerar regelbundet om aktuella ärenden (t.ex. internt informationsblad, intranät m.m.)			
3	Ledningen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten håller regelbundna möten med olika personalgrupper/verksamhetsställen			
4	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten skapar förutsättningar för och uppmuntrar spridning av information, kunskap och bästa praxis			
3 E Hur belönar man, visar uppskattning för och tar hand om personalen?		Ja	Nej	%
1	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten använder ett koordinerat responssystem			
2	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten använder ett belöningsystem som är baserat på kompetens/resultat			
3	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten beaktar personalens individuella behov i verksamheten (t.ex. tillfälliga ändringar av arbetsuppgifter eller -tid)			
4	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har planer för förebyggande av psykiskt våld, arbetsplatsmobbing och diskriminering, missbruksprogram m.m.			
5	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har man ordnat en ändamålsenlig företagshälsövård			
6	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten använder modern utrustning och vagnpark			
7	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har moderna lokaler			
PARTNERSKAP OCH RESURSER				
4 A Hur hanterar man samarbetet med sina partner och leverantörer för att åstadkomma hållbar nytta?		Ja	Nej	%
1	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har man identifierat och definierat de partner och samarbetsmöjligheter som är viktiga med tanke på verksamheten			
2	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten ordnar utbildning för att motivera personalen till samarbete med organisationens partner			
3	Den prehospitala akutsjukvårdens/jourverksamhetens verksamhet och utvecklingsarbete är öppet och genomskådligt			
4	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten sköter aktivt informationen med samarbetsparterna (i båda riktningar)			
4 B Hur leds ekonomin för att trygga fortsatt framgång?		Ja	Nej	%
1	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten allokeras de ekonomiska resurserna i enlighet med målen			
2	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten utarbetas både en kortsiktig och en långsiktig ekonomiplan			
3	Utfallet av budgeten för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten följs upp regelbundet (t.ex. kvartalsvis)			
4	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten följer man upp priserna (t.ex. regelbunden konkurrensutsättning av dagligvaror m.m.)			
5	Investeringar och anskaffningar inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten som kräver konkurrensutsättning görs enligt bestämmelserna om upphandling			

6	De viktigaste ekonomiska nyckeltalen i den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten är tillgängliga för personalen			
7	Det ekonomiska ansvaret och skyldigheterna i den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten har definierats			
4 C Hur sköter man byggnader, utrustning, material och naturtillgångar på ett hållbart sätt?		Ja	Nej	%
1	Användningen av den prehospita akutsjukvårdens/jourverksamhetens lösa egendom kontrolleras (förteckningar över utrustning, inventarier, m.m.)			
2	Den prehospita akutsjukvårdens/jourverksamhetens förbrukning av förnödenheter, ämnen och material optimeras och följs upp			
3	Man minskar avfallet och främjar återvinning inom den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten (plan för åtgärderna)			
4	Den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten har andra sätt att sköta byggnader, utrustning och fastigheter; eventuella avtal och uppföljning av det som ingår i avtalen			
5	Bruksanvisningar för utrustning och datasystem inom den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten är tillgängliga för personalen			
6	Personalen får utbildning i användningen av medicinsk utrustning och datasystem inom den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten innan de tas i användning			
7	Den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten har ett koncept för åtgärder om instrument/utrustning går sönder			
8	Avvikelse och trasig utrustning statistikförs			
9	Utrustningen och vagnparken som används inom den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten är enhetliga inom regionen			
4 D Hur främjas genomförandet av strategin med hjälp av teknologihantering		Ja	Nej	%
1	Inom den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten används ett elektroniskt vårddokumentationssystem			
2	Inom den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten används ett elektroniskt system för statistikföring av verksamheten			
3	Personalen har möjlighet att upprätthålla eller utveckla sin tekniska kompetens			
4	Personalen får regelbunden kommunikationsutbildning (t.ex. Virve)			
5	Personalen får regelbunden datasäkerhetsutbildning			
6	Teknologi utnyttjas för att upprätthålla personalens kompetens			
7	Teknologi utnyttjas för att testa personalens kompetens			
8	Inom den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten följer man aktivt den tekniska utvecklingen			
9	Den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten deltar aktivt i den tekniska utvecklingen på nationell nivå			
4 E Hur hanteras information och kunskap som stöd för effektivt beslutsfattande och för att bygga upp organisationens färdighet?		Ja	Nej	%
1	De anvisningar som behövs för att producera prehospital akutsjukvård/jourverksamhet är samlade och tillgängliga för personalen			
2	De anvisningar som behövs för att producera prehospital akutsjukvård/jourverksamhet uppdateras regelbundet			
3	Kunskap och information utvärderas kritiskt inom den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten			
4	Den prehospita akutsjukvården/jourverksamheten har tillgång till IT-stöd			

PROCESSER, PRODUKTER OCH SERVICE				
5 A Hur planeras och leds processerna för att optimera produktionen av värde för intressentgrupperna?		Ja	Nej	%
1	Processen för den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har definierats och beskrivits			
2	Stödprocesserna har definierats och beskrivits			
3	De viktigaste processerna inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har beskrivits tillsammans med samarbetsparterna (t.ex. hur man vårdar en patient med bröstsmärta eller stroke; vårdkedjor)			
4	Vårdprocesserna inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har beskrivits och de uppdateras regelbundet			
5 B Hur utvecklas produkter och service för att skapa optimalt värde för klienterna?		Ja	Nej	%
1	Små behov av förbättring, utveckling och förändring identifieras och utvärderas inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten			
2	Mål sätts och ärenden prioriteras inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten			
3	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten prövas nya verksamhetskoncept			
4	Man sätter mål för nya verksamhetskoncept och utvärderar resultaten			
5	Vårdpraxis grundar sig på aktuell medicinsk evidens			
6	Utvärderingen och förbättringen av den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten grundar sig på forskningsrön (information från statistikföringssystemet, examensarbeten m.m.)			
7	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten engagerar personalen, klienterna, samarbetsparterna och leverantörerna i utvecklingen av nya och innovativa produkter, service			
8	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten beaktar hur produkternas och servicens livscykel inverkar på ekonomins, samhällets och miljöns hållbarhet			
5 C Hur främjar och marknadsför man produkter och service på ett effektivt sätt?		Ja	Nej	%
1	Klientrespons behandlas enligt en överenskommen modell och vid behov reagerar man på den			
2	Man åtgärdar avvikelser och sprider information om dem samt utarbetar vid behov ytterligare anvisningar			
3	Resultaten från systemet för klientrespons utnyttjas för att utveckla verksamheten			
4	Man mäter hur nöjda patienterna är (mätning av patienttillfredsställelsen m.m.)			
5	Antalet uppgifter/besök följs upp och man reagerar på informationen			
6	Klientrespons som lämnats via personalen beaktas t.ex. i materialanskaffningen			
7	Produkterna utvecklas tillsammans med samarbetsparterna			
8	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten följer man upp befolkningsutvecklingen och ändringarna i hälsotillståndet på regional nivå			
9	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten är man förberedd på exceptionella situationer som sprids globalt (t.ex. fågelinfluensa, cyberattacker)			
10	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten följer man upp förändringarna i de regionala hälso- och sjukvårdstjänsterna			

5 D Hur produceras, levereras och hanteras produkter och service?		Ja	Nej	%
1	Anskaffningen av instrument, materiel och utrustning m.m. inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten sköts i enlighet med planen/budgeten			
2	Prehospital akutsjukvård/jourverksamhet produceras enligt avtal			
3	Service inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten produceras med samma kvalitet/enhetligt inom hela den egna regionen			
4	Man strävar efter att öka den prehospitala akutsjukvårdens/jourverksamhetens resurser när efterfrågan ökar tillfälligt (hantering av hög belastning)			
5 E Hur styr och stärker man klientrelationerna?		Ja	Nej	%
1	Personalen får regelbunden utbildning i hur man bemöter patienterna			
2	Informationsmöten för invånarna i området ordnas inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten			
3	Regionala diskussionsmöten för befolkningen ordnas inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten			
4	I samband med patientkontakt inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten ges handledning i hur den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten används på rätt sätt			
5	Patienterna får skriftliga anvisningar (t.ex. X-kod, dödfallssituationer, anvisningar om fortsatt vård)			
KLIENTRESULTAT				
6 A Klienternas (patienternas) åsikter?		Ja	Nej	%
1	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten används indikatorer (klientenkäter och -undersökningar) vars syfte är att utreda klienternas åsikter			
2	Ett system för klientrespons används			
3	Klienternas allmänna intryck av den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten, bland annat klientorientering, personalens kompetens, närhet, flexibilitet, rådgivning och kommunikation, rättvis behandling, villighet att göra ändringar och service på eget modersmål			
6 B Intern prestanda?		Ja	Nej	%
1	Positiv utveckling av mängden problem, fel, förkastande, positiv respons, besvär, ersättningar under garantitiden och kompensationer (t.ex. de senaste fem åren) med anknytning till produkter som den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten använder eller dess service			
2	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har fått utmärkelser/priser med anknytning till servicen			
3	Positiv utveckling av resultaten i mätningen av patienttillfredsställelsen			
4	Positiv utveckling av kundresponsen (färre negativa)			
5	Positiv utveckling av vårdindikatorerna			
6	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten använder uppföljning och utvärdering av servicens effekt enligt patientgrupp			
7	Positiv utveckling av de indikatorer som mäter effekterna			
8	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten klarar av att hänvisa en patient till rätt service (anvisning, avvikelser m.m.)			

PERSONALRESULTAT				
7 A Personalens åsikter?		Ja	Nej	%
1	Personaltillfredsställelsen mäts inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten			
2	Man håller utvecklingssamtal inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten			
3	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten vidtas nödvändiga åtgärder för att korrigera brister som uppdagats i samband med undersökningar av personaltillfredsställelsen			
7 B Intern prestanda?		Ja	Nej	%
1	Resultatmålen med anknytning till den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten uppnås			
2	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten följer man upp fall av sjukfrånvaro/olycksfall i arbetet och utvecklingen av dessa			
3	Inom den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten följer man upp personalomsättningen, dess utveckling och orsaker			
4	Arbetsklimatets utveckling följs upp			
5	Personalens kompetensnivå är för närvarande god (t.ex. alla har klarat kompetensbedömningen, vårdresultaten är goda)			
SAMHÄLLELIGA RESULTAT				
8 A Samhällets åsikter?		Ja	Nej	%
1	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten deltar i medborgarverksamhet (b.l.a. lokala samarbetsforum med klienter och kommuninvånare)			
2	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten håller aktivt kontakt med medborgarna, patientorganisationer m.m.			
3	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten håller aktivt kontakt med intressentgrupperna			
4	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har en informationsplan (enhetens synlighet i pressen, operativa situationer m.m.)			
5	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten stöder aktivt läroinrättningar i praktiska övningar			
6	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten arbetar aktivt tillsammans med läroinrättningar inom hälso- och sjukvården			
8 B Intern prestanda?		Ja	Nej	%
1	Genomför den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten en minskning och ett förebyggande av de olägenheter som orsakas av verksamheten och verksamhet som stöder hållbar utveckling såsom val av transportformer, minskad mängd avfall och förpackningsmaterial, användning av alternativa råvaror och material, förbrukning av ämnen och material såsom bränsle, vatten, elektricitet samt nytt och återvunnet material.			
2	Den prehospitala akutsjukvården/jourverksamheten har en miljöplan			
VIKTIGA RESULTAT				
9 A Viktiga strategiska resultat?		Ja	Nej	%
1	Utvärderar man utfallet av verksamhetsplanen och verksamhetsprinciperna			
2	Använder man indikatorer för att följa upp hur verksamhetsplanens mål har uppnåtts			
3	Använder man indikatorer för att följa upp hur målen för den prehospitala akutsjukvården och stödprocesserna/jourverksamheten har uppnåtts (t.ex. starttid, insattid, väntetid/genomloppstid, mortalitet, ekonomirapporter, hur projektens tidtabell håller m.m.)			
4	Har den prehospitala akutsjukvårdens/jourverksamhetens tillvägagångssätt varit ändamålsenliga med tanke på att nå målen			

9 B Intern prestanda?		Ja	Nej	%
1	Använder man indikatorer för att följa service- och stödprocessernas prestanda (tider, förbättringar, produktivitet, användningsgrad m.m.) samt utvecklingen av resultaten			
2	Den ekonomiska utvecklingen följs upp: hur målen för ekonomin som har satts av organisationen/avdelningen och enheten har uppnåtts, bland annat målen för budgeten, enhetskostnaderna, beläggnings- och användningsgraden, prestationskostnaderna och utvecklingen av dessa			
3	Utvärderar man hur partnerrelationerna fungerar			
4	Följer man användningsgraden, andelen problem och fel, förbrukningen av ämnen och material, lageromsättningen med tanke på byggnader, utrustning och material			
5	Följer man utvecklingen av teknikanvändningen			
6	Samlar man regelbundet in information om vårdprocesserna			
Blankettmallen används inom den prehospitla akutsjukvården i Helsingfors (Kari Porthan, Helsingfors stads räddningsverk 2013).				